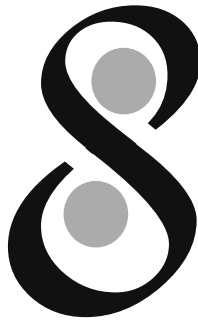


# Memoria del 8º Simposio Internacional



## La Comunicación Humana y el Derecho Sanitario



Octavo Simposio Internacional

Noviembre , 2003

Editor: Dr. Carlos Tena Tamayo

Coordinador Editorial: Acad. Dr. Jorge M. Sánchez González



“La Comunicación Humana y el Derecho Sanitario”  
Memoria del 8º Simposio Internacional Conamed

Editor  
Dr. Carlos Tena Tamayo

Coordinador Editorial  
Acad. Dr. Jorge M. Sánchez González

ISBN 970-721-069-9  
®CONAMED  
Impreso en México

Derechos Reservados:  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico  
Mitla No. 250 esquina Eugenia Col. Narvarte, C. P. 03020  
Deleg. Benito Juárez México, D. F. Tel.: 5420 7103  
Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx

Memoria del 8º Simposio: “La Comunicación Humana y el Derecho Sanitario”  
1a Edición, México, D. F., 2004. Todos los derechos reservados. Edición a cargo de la  
Dirección General de Difusión e Investigación de la CONAMED.  
Producción Editorial: Dr. Luis Hernández Gamboa, Dra. Ma. Josefa Villegas Ríos, Dra.  
Mahuina Campos Castolo, Mtra. Sandra Martínez López, Dra. Irasema Herrera Rubio,  
L. Enf. Rebeca Victoria Ochoa y Lic. Josefina Pescina Estrada.  
Diseño: L. D. G. Mónica Sánchez Blanco

# Indice

<b>Bienvenida</b> .....	5
<b>Mensaje Inaugural</b> Dr. Carlos Tena Tamayo .....	7
<b>Declaratoria Inaugural</b> Dr. Enrique Ruelas Barajas .....	11
<b>Medicina Asertiva</b> Dr. Carlos Tena Tamayo .....	13
<b>Modelos de Comunicación en la Relación Médico-Paciente</b> Dr. Lawrence Wissow .....	21
<b>Panel - Foro:</b> <b>Manejo de la Información Médica</b> Acad. Dr. Jorge Manuel Sánchez González Coordinador .....	37
<b>Consentimiento informado</b> Dr. Gabriel Manuell Lee .....	43
<b>Información Clínica y Ley de Transparencia</b> Dr. Víctor Guerra Ortiz .....	53
<b>Expediente Clínico Electrónico</b> Lic. Luis Miguel Chong Chong .....	61
<b>Confidencialidad de datos clínicos</b> Lic. Agustín Ramírez Ramírez .....	71
<b>Información Genómica</b> Lic. Laura A. Albarellos .....	79
<b>Derecho Informático</b> Lic. Gabriel Andrés Cámpoli .....	85
<b>Presentación de la Mesa</b> <b>El Derecho Sanitario</b> Dr. Renaldo Guzmán García Coordinador .....	91

<b>La Ética Médica en el Siglo XXI</b>	
Doctor Francisco Javier León Correa .....	95
<b>El Derecho Sanitario, medicina crítica y medicina forense</b>	
Doctor Osvaldo Romo Pizarro.....	107
<b>El Derecho Sanitario en México</b>	
Lic. Octavio Casa Madrid Mata .....	119
<b>El Derecho Sanitario, su transformación y reto.</b>	
Dr. Ricardo de Lorenzo y Montero .....	133
<b>Mesa de discusión</b>	
<b>Dilemas Bioéticos y Derecho Sanitario</b>	
Lic. Octavio Casa Madrid Mata	
Coordinador	
Integrantes:	
Dr. Osvaldo Romo Pizarro (Chile)	
Dr. Francisco Javier León Correa (España)	
Dr. José Kuthy Porter (México)	
Dr. Carlos Fernández del Castillo (México).....	155
<b>Palabras de Clausura</b>	
Dr. Carlos Tena Tamayo	
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico .....	187

## Bienvenida

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico les da la más cordial bienvenida al 8º Simposio Internacional, dedicado a la Comunicación Humana y el Derecho Sanitario. Agradecemos la hospitalidad del Centro Nacional de Rehabilitación y la cordialidad con la que nos han recibido en estas instalaciones, también agradecemos a la Universidad Nacional Autónoma de México, por su apoyo para la labor docente que estamos realizando y los recursos tecnológicos que nos permiten realizar la transmisión simultánea por la Red Nacional de Videoconferencia.

En esta ceremonia de inauguración contamos, además del Dr. Carlos Tena Tamayo Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, con la representación del Señor Secretario de Salud Julio Frenk, en la distinguida presencia del Doctor Enrique Ruelas Barajas quien además, viene en su calidad de Subsecretario de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud, el Doctor Enrique Vargas Salado, Presidente de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina, el Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Director General de este Centro Nacional de Rehabilitación. El Dr. Manuel Ruiz de Chávez, Presidente de la Fundación Mexicana para la Salud. El Dr. Osvaldo Romo Pizarro, Presidente de la Sociedad Chilena e Iberoamericana de Derecho Sanitario, el Dr. Juan Garduño, Jefe de la División de Calidad y Desempeño de la Coordinación de Atención Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social. La Académica Dra. Hilda Villegas Castrejón, en representación de la Academia Mexicana de Cirugía. El Doctor Manuel Campa, Comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz y Consejero del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico. El Doctor José Sardiñas Hernández, Subdirector de Hospitales de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal y Representante de la Dra. Asa Cristina Laurel, Secretaria de Salud. Ellos son los integrantes que presiden este acto inaugural y por supuesto todos ustedes invitados especiales a este Simposio, gracias por acompañarnos.



## Mensaje Inaugural

### Dr. Carlos Tena Tamayo

Muy buenos días tengan todas y todos ustedes. Distinguidos miembros del presidium, doy la más cordial bienvenida a todas las personas que aceptaron nuestra invitación para asistir al desarrollo de este Octavo Simposio que organiza la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Particularmente resalto y agradezco el respaldo que siempre da a nuestras actividades el Secretario de Salud Dr. Julio Frenk Mora, quien hoy está dignamente representado por el Subsecretario de Innovación y Calidad, el Doctor Enrique Ruelas Barajas, a quien agradezco su presencia con esta representación en su calidad de Subsecretario. Gracias Doctor Ruelas por su presencia. Saludo con afecto al Doctor Enrique Vargas Salado, Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina y agradezco su disposición para establecer lazos de coordinación con la CONAMED para contribuir a mejorar la calidad de la atención médica.

Como ustedes saben, la CONAMED tiene como órgano máximo en su estructura a un grupo de destacados mexicanos que integran el Consejo de la Comisión, a quienes también agradezco su presencia y permanente apoyo. Doy la bienvenida a mis amigos y compañeros del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, dignamente representados en este presidium por el Doctor Manuel Campa.

Mi reconocimiento al interés de mis compañeros del sector salud que nos hacen el favor de acompañarnos en el presidium y en esta sala.

Existen diversos y numerosos temas de gran importancia para abordar en una reunión como esta, pero hemos querido enfocar las reflexiones durante estos dos días en lo siguiente:

Primero. Creemos importante, seguir insistiendo en la trascendencia que hoy tiene mejorar la comunicación médico-paciente, ya que consideramos que es un factor clave para mantener una relación adecuada basada en la confianza. Hemos querido durante este Simposio sensibilizarlos para aprender las herramientas de la comunicación médico-paciente. Ya durante el Simposio del año pasado, presenté a ustedes de manera simplificada el modelo E4 de la comunicación médico-paciente. Ahora tenemos la oportunidad de contar con la presencia del Doctor Lawrence Wissow, a quien agradezco su participación, particularmente en este día tan especial para él. Bienvenido, gracias por estar con nosotros.

Por otra parte, el avance en la tecnología y las nuevas disposiciones legales sobre la transparencia de la información en nuestro país, nos obligan a revisar estos aspectos fundamentales para mejorar la calidad en la atención médica, pero sin dejar de observar el principio de confidencialidad de la información y las

características especiales que hay que considerar cuando se trata del expediente clínico.

Hay que dar claridad al tema del consentimiento informado, sus características, implicaciones y sobre las formas que se deben utilizar para dar la información al paciente o sus familiares.

Otro tema que se abordará el día de mañana es el Derecho Sanitario. Es una disciplina jurídica especial que en los últimos años ha cobrado auge en varias partes del mundo. El Derecho Sanitario, es una rama del Derecho Público encargada de regular las actividades, derechos, obligaciones y cargas referentes a la protección de la salud y en especial, la atención médica, la salud pública y la asistencia social.

Para lograrlo naturalmente, es necesario la participación de otras disciplinas.

Particularmente uno de los temas de mayor interés para los profesionales de la salud, es el que se refiere al régimen jurídico de la atención médica; sin embargo, muchos otros problemas jurídicos-sanitarios son motivo de estudio desde la óptica del derecho sanitario.

Nuestro amigo el Profesor Oswaldo Romo Pizarro, Presidente de la Sociedad Chilena e Iberoamericana de Derecho Sanitario, con gran experiencia compartirá sus puntos de vista sobre la importancia de esta disciplina. Bienvenido a México Profesor Romo, gracias por acompañarnos. Nos encargaremos de que disfrute su estancia en nuestra ciudad.

También se abordarán temas relacionados con la Bioética y sus dilemas. Será a través del mecanismo de una mesa coordinada como podremos escuchar los planteamientos de los participantes, particularmente será deseable obtener algunas recomendaciones sobre cómo abordar los dilemas bioéticos que se pudieran plantear.

La participación del Doctor José Francisco León Correa, Médico español y estudioso de la Bioética será de gran interés para todos nosotros, gracias Doctor León Correa por su participación. Estoy seguro que la convivencia con sus amigos mexicanos y la hospitalidad que encontrará entre nosotros le motivará a regresar nuevamente a nuestro país. Sus aportaciones junto con las del grupo de expertos mexicanos como el Doctor Kuti Porter y el Doctor Carlos Fernández del Castillo quienes integrarán la mesa, enriquecerán las conclusiones al final de la discusión.

Además del valor que representa escuchar las reflexiones, experiencias y aportaciones de los profesores participantes, también será enriquecedor el intercambio que entre ustedes exista sobre los temas aquí tratados.

La CONAMED a través de la página web tendrá la disposición de recibir las reflexiones que ustedes deseen realizar sobre los temas planteados y para poderlos compartir con todos. Para lograrlo, formarán parte de las memorias de este Simposio.

Quiero agradecer muy particularmente al Doctor Luis Guillermo Ibarra, Director de este Centro Nacional de Rehabilitación por su hospitalidad y todas las facilidades que nos han otorgado para lograr la mayor comodidad posible para todos ustedes.



Yo estoy seguro que el trabajo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de alguna manera se verá reflejado durante este Simposio. Las 22 comisiones de arbitraje médico que existen en el país estamos trabajando para mejorar las relaciones entre los profesionales de la salud y sus pacientes; estoy seguro que durante estos días ustedes se podrán percatar de que este esfuerzo es compartido por todas las Comisiones de Arbitraje Médico en el país.

Espero que estos días sean de provecho para todos los que están en este auditorio y en el anexo y para quienes tienen la disposición de seguir este Simposio por vía Internet y a control remoto a través del satélite. En hora buena y que sea de provecho para ustedes este Simposio, gracias.



## **Declaratoria Inaugural**

### **Dr. Enrique Ruelas Barajas**

Doctor Carlos Tena Tamayo, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, Doctor Luis Guillermo Ibarra, Director General de este Centro Nacional de Rehabilitación, muy estimados amigos y colegas de la mesa de honor, muy estimados participantes en este Octavo Simposio Internacional.

La CONAMED ha sido una organización modelo para muchos países, nos debemos sentir orgullosos de contar con una organización como esta, que permite poner en contacto a pacientes y a médicos para poder resolver aquellas situaciones que de otra manera podrían generar un conflicto mayor.

El modelo ha funcionado y ha sido exitoso pero no solamente por la labor sustantiva que desarrolla en la conciliación y en el arbitraje sino también porque la CONAMED desde su origen se ha preocupado por el análisis de esos problemas que se generan y que causan consecuencias no positivas para pacientes y médicos. El análisis de causas, de efectos y soluciones ha sido un elemento central que en los últimos 3 años se ha acentuado.

Me consta que en estos últimos 3 años, la CONAMED ha hecho un esfuerzo muy importante por utilizar la información que se genera para tomar sus propias decisiones. No es casual pues, que los temas que hoy se abordan estén atrayendo tanta atención. Son sin duda temas que se deducen de los problemas más frecuentes, de las situaciones más importantes que hoy se viven en los sistemas de salud y no solamente en México.

La Secretaría de Salud cuenta con la CONAMED, como un aliado muy importante en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. La CONAMED ha sido líder de varias de las estrategias de la cruzada como fue el lanzamiento de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, la Carta de los Derechos Generales de los Médicos y ha participado intensamente en prácticamente todas las actividades desde su origen. Prácticamente desde el periodo de transición del gobierno del Presidente Fox.

Pero no solamente es un gran aliado en estas materias que nos han permitido tener ya ahora estas Cartas de Derechos, que por cierto, están ya incorporadas en los criterios para la certificación de hospitales, de tal manera que no queden guardadas en un cajón sino que en realidad sean elementos fundamentales para que un hospital pueda ser acreditado.

Decía yo, no solamente en esto ha sido un gran aliado, sino también en el hecho de que ha sido una organización modelo. El esfuerzo desarrollado en estos últimos 3 años y seguro estoy, en los que faltan, ha permitido que contemos con una organización ejemplar que predica justamente así con el ejemplo, certificada por ISO, ganadora del premio Intragob, es una organización, insisto, que predica con el ejemplo.

Por eso nos sentimos orgullosos, y hablo en plural, por el Secretario Frenk y un servidor, nos sentimos orgullosos de contar con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en el sistema de salud mexicano.

Los dos grandes temas de este evento, tanto el Derecho Sanitario como el tema de la comunicación, decía yo al principio, son indispensables.

No tengo mucho que abundar en los temas de Derecho Sanitario. Los problemas de la Bioética se van incrementado y como he dicho en otras ocasiones, a la Bioética se suman todas las demás palabras que riman con ella. No solamente la Bioética per sé, sino lo que debe entender como resultado del avance tecnológico a través de la genética, la informática, la telemática, entre otros.

En cuanto a la comunicación, no nos queda duda; ha sido uno de los problemas centrales no solamente para la CONAMED que dedica buena parte de su esfuerzo a corregir problemas previos de comunicación, que pudiesen haber evitado muchos de los conflictos que después se generan. Nos ha preocupado el tema, en la propia cruzada, se han incluido indicadores para medir justamente la comunicación de la relación médico-paciente a través de la medición de la satisfacción de los pacientes con la información que reciben sobre su diagnóstico y sobre su tratamiento. Pero también como señalaba el Doctor Tena hace un momento, hemos contado con el apoyo de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina aquí representada por su Presidente el Doctor Enrique Vargas Salado, que ha entendido perfectamente su rol. No podemos corregir los problemas post-facto, no tiene sentido. Tenemos que ser preventivos y la mejor manera es inculcando en los jóvenes médicos o en los jóvenes estudiantes que serán futuros médicos, esta conciencia de la importancia de la comunicación.

El evento pues, refleja, como decía, dos situaciones trascendentes, el Derecho Sanitario y la comunicación.

La Secretaría de Salud se siente muy honrada de contar con la CONAMED y es por ello que les pido se pongan de pie, que a nombre del Secretario Frenk, quien les pide una disculpa por no estar esta mañana aquí con ustedes, se encuentra de gira en la República Mexicana, a nombre del Secretario Julio Frenk Mora, deseo declarar formalmente inaugurado este Octavo Simposio Internacional de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, siendo las 10:00 hrs del día 27 de noviembre del 2003. Muchas felicidades y que sea para bien.

Buenos días.



## **Medicina Asertiva**

### **Dr. Carlos Tena Tamayo**

Médico cirujano por la Universidad de Guanajuato. Especialista en Medicina Interna por el Hospital General de México. Especialista en Cardiología por el Instituto Nacional de Cardiología. Fundador y Ex-presidente del Colegio de Médicos de Irapuato. Ponente en diversos congresos, foros y cursos de la especialidad. Ha publicado varios artículos en revistas nacionales. Fue Secretario de Salud de Guanajuato. Logros de su gestión: disminución de la mortalidad materno-infantil y abatimiento de los casos de lepra y brucelosis, entre otros.

Promovió la creación de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, y participó en ella como Consejero Fundador. Colaboró durante la etapa de transición de la administración federal como coordinador del área de salud y seguridad social. Actualmente es Comisionado Nacional de Arbitraje Médico y Presidente del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico.



Voy a hacer algunas reflexiones de un tema que yo estoy seguro que todos ustedes conocen, que todos saben de esto, entonces probablemente no diga algo nuevo para ustedes. Pero los invito a reflexionar sobre el ejercicio actual de nuestra profesión, ya que es importante reflexionar sobre lo que estamos haciendo para evaluar los resultados que estamos obteniendo.

A veces los conflictos entre médicos y pacientes ocurren porque los conceptos que tienen aquellos son diferentes a los nuestros y el conocimiento sobre el comportamiento de las enfermedades es casi exclusivo de nosotros.

Para iniciar la reflexión, hago la siguiente pregunta ¿qué debe saber todo paciente? probablemente tendremos diferentes respuestas y diferentes opiniones. Yo quiero plantearles lo siguiente: Creo que todo paciente hoy en día, tiene que saber qué puede exigirle al médico. Y la verdad es que frecuentemente, encontramos muchos pacientes que no saben hasta donde exigirle a su médico. No saben cuánto le deben exigir al médico. Es por eso que creo muy importante, que nosotros los médicos tendremos que hacer esta labor de informar a los pacientes hasta dónde puede exigir. Porque para todos es claro que al médico no se le pueden exigir que garantice resultados satisfactorios. Es una exigencia que nadie le puede hacer al médico; es más, hoy en la carta de los derechos de los médicos, está planteado que el médico tiene derecho a no garantizar resultados satisfactorios para su paciente. Lo que sí debe exigir el paciente a cualquier médico es que cumpla con la obligación de medios; es decir, que utilice todos los medios que están a su alcance y que la ciencia ha dispuesto para ese paciente en particular. Esta es la principal obligación del médico y por lo tanto se convierte en la principal exigencia que todo paciente debe tener para su médico.

Lo más interesante es que cuando les pregunto a los médicos si deben garantizar resultados satisfactorios, frecuentemente encuentro médicos que dicen sí; entonces creo que es importante dejar para todos claramente definida esta obligación de medios pero no la de garantía de resultados satisfactorios.

¿Qué otra cosa debe saber todo paciente? Aquí está dicho de una manera muy elegante y que no lo entendería el paciente pero hay que explicarle cuáles son las causas de iatropatogenia; es decir, el paciente debe estar enterado de que algunos procedimientos que utilizamos para tratar de ayudarlo, pueden tener riesgos y que son riesgos inherentes a esos procedimientos, eso lo debe saber el paciente. El paciente debe saber que los medicamentos tienen efectos secundarios, tiene que saber cuáles son los más frecuentes, también tiene que saber que algunos medicamentos pueden tener efectos indeseables y tiene que saber cuáles son esos efectos indeseables. Yo creo que es para todos claro que cuando nosotros damos un medicamento como la cortisona, el paciente, de acuerdo a la dosis y el tiempo que la tome, podrá desarrollar un síndrome de Cushing. Esto lo tiene que saber el paciente y tiene que saber que es un efecto secundario que se va a presentar en todos los casos que utilizemos ese medicamento, a esas dosis y por ese tiempo. Y también tiene que saber que si damos una sulfa, corre el riesgo de tener un efecto indeseable como es un Síndrome de Steven Johnson pero que no a todos los pacientes les va a ocurrir, solamente a algunos y que eso tiene que

ver con la idiosincrasia del paciente y que puede ser él, pero que a millones de pacientes no les da, y es por eso que seguimos utilizando el medicamento. Por otra parte, el paciente tiene que saber que cuando sufre un daño y es por negligencia o es por falta de conocimientos del médico, el médico tiene la obligación de responder por ese daño que ocasionó.

Todo esto lo tiene que saber el paciente. A veces los pacientes se confunden y piensan que todo lo que les suceda, que no tenían antes de ir al médico es culpa de él y que tiene que responder por todo lo que le pueda suceder después de esa consulta. Hay que aclarar que esto no es así y por lo tanto hay que explicar estos conceptos a nuestros pacientes; ya que estoy seguro que la gran mayoría, cuando menos en nuestro país, no los tiene claramente identificados.

¿Qué más deben saber los pacientes? Pues deben saber cuáles son sus derechos, sus derechos como pacientes.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico participó para convocar a los médicos mexicanos y a la sociedad para elaborar esta carta de derechos de los pacientes, realmente lo que hicimos fue rescatar estos derechos que ya estaban en algunas leyes, reglamentos, u ordenamientos en nuestro país que obligan su cumplimiento. De tal manera que no los inventamos, no legislamos sobre ellos porque ya estaban como derechos de los pacientes, simplemente los pusimos en blanco y negro para que los pacientes tuvieran acceso a ellos de manera simplificada y también nosotros los médicos los conociéramos para, de esta manera, poderlos respetar.

Pero hoy en día, también estamos ciertos de que muchos pacientes y muchos médicos no conocen cuáles son estos derechos. Aquí están los 10 derechos que hemos definido. El primero es recibir atención médica adecuada. 2. Recibir trato digno y respetuoso. 3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz (Aquí es donde frecuentemente se nos dificulta a los médicos ser claros). 4. Decidir libremente sobre su atención. 5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado. 6. Ser tratado con confidencialidad. 7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. 8. Recibir atención médica en caso de urgencia. 9. Contar con un expediente clínico y 10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida. Estos son los derechos de los pacientes; estoy seguro que la mayoría de ustedes los conocerá, y será importante que nuestros pacientes los conozcan y que todos los que nos escuchan el día de hoy hagan un esfuerzo para que cada vez que vean un paciente, tengan a la mano una tarjeta con sus derechos y empezar a promover su difusión.

La otra pregunta ¿Y qué debe saber todo médico?, la respuesta es muchísimas cosas. Déjeme nada más reflexionar en tres. Debe saber naturalmente, cuáles son sus obligaciones y como ya hablé de qué es lo que tiene que saber el paciente sobre lo que debe exigirle al médico, pues aquí sería simplemente repetir que la obligación del médico es ajustarse a la Lex Artis Médica o sea poner todos los medios a su alcance para ayudar a ese paciente en particular. Además debe conocer las herramientas de la comunicación, y ese es uno de los problemas que hoy en día tenemos, la mayoría de los médicos no conocemos



cuáles son las herramientas de la comunicación. Aquí ya no podemos decir que los médicos no saben cuáles son las herramientas de la comunicación, hay que aprenderlas, hay que estudiarlas y hay que adaptarlas a nuestra práctica profesional.

Además los médicos deben saber cuáles son sus derechos. Por ello hicimos en la CONAMED lo mismo que con los derechos de los pacientes, buscamos cuáles eran los derechos que ya tenía el médico y que ya estaban en la ley, en la ley general de salud, en la del trabajo, en la de profesiones, etc. Y los pusimos en blanco y negro para que los médicos, las autoridades y los pacientes conocieran cuáles son sus derechos y así poderlos respetar.

¿Cuáles son estos derechos de los médicos? 1. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza. 2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional. 3. Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional. 4. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica. 5. Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares así como del personal relacionado con su trabajo profesional. 6. Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional. 7. Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión. 8. Asociarse para promover sus intereses profesionales. 9. Salvaguardar su prestigio profesional y 10. Recibir remuneración por los servicios prestados.

Los médicos tenemos que conocer que estos son nuestros derechos; solamente conociendo nuestros derechos tendremos la oportunidad de exigir que se respeten.

Ahora bien ¿cuál es el problema que identificamos en la relación médico-paciente?. El problema es que, a veces, se ocasiona daño a los pacientes por asumir una conducta con negligencia, con impericia o bien porque en las instituciones de salud existen deficiencias relacionadas con los recursos, la capacitación, la organización, etc.

Esto genera desconfianza del paciente hacia su médico o hacia la institución que lo está atendiendo. Hay otra fuente que también genera desconfianza en el paciente: la descortesía, el desinterés o el maltrato del médico hacia el paciente, lo cual ocasiona el enojo del paciente o sus familiares y nuevamente desconfianza del paciente hacia su médico, pero si además a esto le sumamos la deficiente comunicación médico-paciente, lo que vamos a ocasionar es que la desconfianza del paciente se incremente. Esos factores que son muy importantes de analizar, de atender, son los que hoy en día ocasionan la mayor problemática en la relación médico-paciente.

Una inadecuada relación médico-paciente nos va a llevar a que el paciente esté insatisfecho y sobre todo si hay un mal resultado. Ya habíamos dicho que el paciente no puede exigir resultados satisfactorios al médico pero si el resultado no es satisfactorio, el paciente queda muy insatisfecho porque detrás hay gran desconfianza cuando ocurre todo lo mencionado. Es por eso que con cierta facilidad el paciente decide en ocasiones denunciar a su médico, y lo hace frecuente-

mente penalmente por la vía judicial, en el Ministerio Público, y en ocasiones, por la vía civil en los tribunales o a través de la CONAMED o las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico.

Esta denuncia o esta demanda en contra del médico, genera en el médico desconfianza hacia sus pacientes, y aquí ya no estamos frente a dos confianzas, como dice el filósofo, sino frente a dos desconfianzas, la del paciente con su médico y también la del médico con su paciente.

Esta desconfianza del médico, lo que está originando es la práctica de la medicina defensiva. La práctica de la medicina defensiva, es una práctica no ética, es una práctica no adecuada, es una práctica muy costosa para las organizaciones de salud y lo único que ocasiona es que nuevamente con esa práctica de medicina defensiva, haya mayor desconfianza del paciente con su médico. Y así se crea un círculo vicioso.

Creo que en los países de Latino América tenemos que hacer una cruzada para combatir la práctica de la medicina defensiva, la cual está fracturando cada vez más la relación médico-paciente y está llevando a costos exorbitantes a los sistemas de salud.

La información que tenemos a la mano, nos dice que solamente en el estado de Texas se gastan 700 millones de dólares anuales para pagar medicina defensiva, interconsultas innecesarias, estudios de laboratorio en exceso. Hay médicos que ya no ejercen la profesión por el temor a las demandas, hay médicos que utilizan el consentimiento informado para defenderse, no para tranquilizar a su paciente y todo esto está dañando la relación médico-paciente pero también los médicos están siendo víctimas de toda esta situación porque hoy el paciente decide demandarlos o denunciarlos.

Pero ¿Esto es nuevo?. El Maestro Ignacio Chávez, decía hace 40 años: *“sobre nosotros caen en los últimos tiempos acusaciones de toda índole. Los enfermos se quejan del poco interés humano que advierten en el médico, de su arrogancia en el trato con ellos, de su negativa a darles explicaciones o siquiera un consejo, del aire de estar siempre de prisa, del alto precio de los servicios médicos que no están, según ellos, en consonancia con lo poco que reciben, un grado más y la queja se vuelve acusación”*.

Hace 40 años se nos estaba advirtiendo que la queja se iba a volver acusación, hoy ya no es una queja, hoy se esta demandando a los médicos, están acusándolos por tener este tipo de práctica profesional.

¿Cómo podríamos contener la práctica de la medicina defensiva?

Si lo que queremos es no dañar al paciente, para cumplir con el precepto: *“primum non nocere”* tenemos que mantener una educación médica continua, favorecer la capacitación y obtener los suficientes recursos para las instituciones de salud, que permitan ayudar a nuestros pacientes y no dañarlos.

Si logramos esto, vamos a generar confianza en el paciente pero además si nosotros respetamos y observamos los derechos de nuestros pacientes y además exigimos que se respeten nuestros derechos como médicos entonces la relación va a ser más cordial y vamos a generar confianza con nuestro paciente. Si además

nos convencemos de que tenemos que aprender las herramientas de la comunicación humana entonces podremos mejorar la comunicación. Al sumar todo ello, lo que estaremos generando es mucha mayor confianza de nuestros pacientes.

Hay cuatro acciones que debemos realizar: 1) Mantener una educación continua que nos permita tener los conocimientos suficientes para actuar con seguridad, sin tener temor a un resultado inesperado; 2) Respetar los derechos de nuestros pacientes; 3) Exigir que se respeten nuestros derechos como médico; y 4) Mantener una adecuada comunicación con nuestro paciente. Si actuamos de esta manera estamos realizando en lugar de medicina defensiva una práctica que he denominado "medicina asertiva".

Ser asertivo es tener este tipo de actitudes: seguridad, respeto y buena comunicación. La práctica de la medicina asertiva favorece la confianza del paciente y facilita una buena relación médico-paciente.

En lugar de demandas, el médico va a ganar prestigio tanto dentro del gremio como dentro de la sociedad, va a tener confianza, confianza de que es un médico que está comunicándose adecuadamente con su paciente, está siendo respetado y por lo tanto no va a ejercer medicina defensiva. Va a estar convencido que lo mejor es ejercer la medicina asertiva porque esto es lo que genera finalmente confianza en su paciente.

Un médico que sabe, un médico que se comunica y un médico que respeta a los pacientes y hace que respeten sus derechos como médico, es un médico que no debe de tener temor a las demandas médicas, es un médico que no debe de tener miedo a la denuncia, es un médico que no tiene que estar a la defensiva con su paciente sino siempre ocupado en lograr para el, el máximo beneficio posible.





## **Modelos de Comunicación en la Relación Médico-Paciente**

**Dr. Lawrence Wissow**

Medical Doctor por la Universidad de Duke, es Magna Cum Laude en Literatura Francesa, Post-Grado en la Escuela Normal Superior de Paris, Especialista en Pediatría y Psiquiatría por el John Hopkins Hospital, está certificado, post-graduado en Bioética, Neurología y Psiquiatría Infantil, ha sido Vicedirector del Comité de Investigación Humana de la Escuela de Higiene y Salud Pública del John Hopkins Hospital, Profesor Asociado en la División de Políticas de Salud de la Escuela de Higiene y Salud Pública de John Hopkins, actualmente atiende a niños con VIH y emigrantes en una Clínica privada y autor de artículos sobre comunicación médico-paciente, entre otros temas.



Buenos días a todos Doctor Tena, Comisionados, damas y caballeros, es un gran honor estar aquí en la Ciudad de México y reunirme con este distinguido grupo de oradores e invitados y en especial este maravilloso grupo de clínicos, educadores e investigadores y quiero agradecer en especial al Doctor Jorge Sánchez y su grupo de Difusión e Investigación de CONAMED por su amable y calurosa bienvenida y por su generosidad. Se trata de una visita que recordaré mucho tiempo.

Necesito también decirles la maravillosa experiencia que ha sido poder visitar las instalaciones de CONAMED, había escuchado y leído bastante sobre esta institución antes de venir pero lo que vi excedió mis expectativas. Creo que el cuidado y profesionalismo que CONAMED muestra a los pacientes es un modelo verdaderamente internacional que muestra cómo una dependencia del gobierno puede trabajar eficazmente a nivel de cada persona que acude a este lugar en momentos muy difíciles, entonces fue para mí un gran privilegio visitar CONAMED y espero aprender más y platicar a mis amigos sobre este maravilloso modelo.

Es un privilegio para mí estar aquí en este momento cuando muchos de ustedes están pensando cómo integrar la capacitación de comunicación con la preparación médica. Aunque hemos hablado sobre este tema desde hace mucho tiempo en Estados Unidos, tenemos mucho que aprender de sus esfuerzos, hay planes en Estados Unidos actualmente para pedir a todos los estudiantes que se gradúan de medicina que muestren proeficiencia y comunicación interpersonal, pero exactamente cómo estarán preparados para estos exámenes y exactamente cómo se les examinará, son puntos que todavía tendrán que ser determinados. Entonces espero que hoy en la tarde y mañana, pueda aprender y determinar cómo enseñar la comunicación a nuestros estudiantes ¿Qué les debemos enseñar? Y por último ¿Cómo evaluar los efectos de nuestras enseñanzas?

Entonces, mi plática iniciará centrándose en los reclamos por negligencia en Estados Unidos pero en realidad tiene otra vertiente y haré lo que siempre me han dicho mis profesores que haga y eso es platicarles lo que voy a decir, decirlo y luego repetirlo. Quiero resumir los puntos principales de mi presentación.

El primero es que creo que sabemos mucho sobre los componentes de la comunicación humana médico-paciente eficaz, pero en realidad no sabemos si estos componentes son tan universales como pensamos, especialmente cuando tratamos de aplicarlos en diferentes culturas y sistemas médicos.

Segundo, aunque sentimos que sabemos mucho sobre cómo enseñar las habilidades de comunicación y tenemos experiencia al llevarlo a la práctica en un contexto muy grande como en el modelo E4 que mencionó el Doctor Tena, en realidad tenemos mucha más experiencia al hacerlo a escala menos experimental y no hemos determinado ninguna manera de enseñar la comunicación. De hecho lo que sabemos es que en esta situación como en muchas otras, una sola talla no queda a todos, no sé si esta frase se pueda traducir al español. Pero la idea es que un método de enseñanza de las habilidades de comunicación proba-

blemente no sea adecuado en todos los países, en todos los niveles de estudiantes y viendo las diferentes áreas de especialidad del sector médico.

Tercero, quiero decirles que aunque tenemos experiencia al hacer que nuestros estudiantes y residentes aprendan las habilidades de comunicación y en parte porque lo tienen que hacer si les decimos que es lo que queremos que hagan, tenemos mucho menos experiencia en tener acceso a los médicos quienes ya trabajan en clínicas y que están en el campo y no necesariamente entendemos cómo subir y llevar las habilidades de comunicación a un nivel suficientemente alto de prioridad como para que estos médicos dediquen su breve y precioso tiempo para la educación continua y trabajar en sus habilidades de comunicación.

Entonces me gustaría empezar con la parte central de mi conferencia y hablar sobre la comunicación médico-paciente y la prevención de quejas por negligencia, nuestra situación actual.

La fundación de CONAMED precedió tan sólo por unos meses la publicación del artículo de Levinson en el JAMA en 1997 y es un estudio al que frecuentemente se hace referencia y relaciona las quejas por negligencia médica en Estados Unidos con sus estilos de comunicación.

En este trabajo, Levinson y colegas compararon a médicos que habían recibido 2 o más quejas por negligencia con aquellos que nunca habían recibido una queja contra ellos. Vieron las características de las consultas hechas por esos doctores para tratar de entender los tipos de habilidades de comunicación que pudieran haber marcado la diferencia y lo que descubrieron fue que los médicos que no habían recibido quejas, habían hecho mejor trabajo para orientar a sus pacientes con respecto a lo que iba a suceder durante la consulta. Usaron el buen humor en la consulta, hicieron cosas que facilitaron la participación del paciente y tuvieron más tiempo de consulta, aproximadamente 18 minutos por consulta a diferencia de 15.

Se trata de consultas relativamente largas pero estas fueron las características.

Siete años después, vale la pena volver a ver este artículo porque se hace referencia a éste con tanta frecuencia y tenemos que revisar lo que sabíamos y lo que no sabíamos desde esa época.

Por un lado, los hallazgos de Levinson coinciden con los de otros estudios posteriores en el área de consulta de atención primaria. La satisfacción de los pacientes es claramente más alta cuando los médicos se centran en el paciente y cuando las consultas son más prolongadas que el tiempo promedio.

Sin embargo, algo que se deja de lado cuando se hace referencia al estudio de Levinson en la literatura y se deja como una razón para incluir las habilidades de comunicación en las materias que se cursan en la carrera de medicina, es el hecho de que estas relaciones que encontraron entre las quejas por negligencia y estilos de comunicación únicamente se presentan en los médicos familiares.

Al mismo tiempo estudiaron a los cirujanos, entre quienes los estilos de comunicación no tuvieron ninguna relación con el historial de quejas por negligencia médica.



Aparentemente no se vieron muchas razones obvias por las que pudieran ser diferentes estas relaciones entre la comunicación y las quejas entre cirujanos y médicos familiares.

En sus estudios grabaron las consultas entre los pacientes y médicos; entonces en el caso de los médicos de cabecera lo hicieron en sus horas normales de consulta y en el caso de cirujanos, lo hicieron en consultas antes o después de la cirugía del paciente y lo que pueden ver aquí es que las consultas con cirujanos no fueron diferentes a las consultas de los médicos familiares. Las consultas con cirujanos tendieron a ser ligeramente más breves, 13 ó 14 minutos en lugar de 15 ó 18.

La cantidad de contenido biomédico, en otras palabras, tomar toda la plática y ver cuánto se habló del aspecto psicosocial y cuánto se refirió simplemente a temas médicos es más o menos lo mismo. Un poco más del 90% entre cirujanos y entre 85% y 90% entre médicos familiares.

La extensión en la que los médicos controlaban la consulta, cuánto era lo que hablaba el médico, no marcó la diferencia, aproximadamente 1.4 a 1 comparado con 1.3 a 1 en el caso de los médicos familiares.

De hecho en las consultas con el cirujano, los pacientes hacían más preguntas, un promedio de entre 5 y 6 por consulta y únicamente 4 en las consultas con el médico de cabecera. Entonces, vemos que el estilo de comunicación de los cirujanos no fue radicalmente diferente del estilo de comunicación del médico familiar; entonces la pregunta es ¿Por qué las habilidades de comunicación de los cirujanos no se relacionaba con las quejas por negligencia como en el caso de los médicos familiares?

Entonces lo que propuso el grupo de Levinson con esa diferencia tan importante entre las consultas a cirujanos y a médicos familiares fue que había una diferencia inherente en el equilibrio del poder y riesgo presente entre paciente y médico en la consulta con el cirujano.

Los pacientes de cirugía mostraron más probabilidad de estar en posición donde se tenía que hacer algo y posiblemente se esté hablando de una condición muy deshabilitante o que amenaza la vida y por otro lado los pacientes de medicina familiar era más probable que hablaran de condiciones crónicas con una amplia gama de posibilidades de tratamiento.

Entonces Levinson hizo la hipótesis de que en este estado emocional, los pacientes de cirugía se comunican mejor, aceptan más el tono con el que los médicos dicen las cosas en lugar de escuchar exactamente las palabras.

Entonces escucharon las cintas de audio de las consultas con cirujanos e hicieron algo muy creativo. Tomaron extractos de 10 segundos de las consultas, uno del inicio y uno del final y pasaron el sonido por un filtro, entonces las palabras dejaron de ser entendibles pero quienes escuchaban podían escuchar en audífonos y sólo oír el tono de voz de los cirujanos.

Lo que descubrieron fue que los cirujanos cuyos tonos de voz se consideraron tonos de voz dominantes tenían mayor posibilidad de haber recibido quejas por negligencia, aquí vemos el incremento en las posibilidades de que los médicos

cuyo tono de voz se había clasificado como alto y dominante tenía mayor probabilidad de ser demandado y si el tono de voz del médico, por otro lado, parecía expresar preocupación, tenía la mitad de probabilidades de ser demandados.

Lo importante aquí es que los que calificaron y que no sabían sobre el historial de quejas por negligencia de estos médicos pudieron escuchar 20 segundos de su plática, sin escuchar las palabras, simplemente escuchaban el tono de voz y pudieron diferenciar a aquellos médicos que habían recibido quejas por negligencia y los que no.

Entonces la pregunta es ¿Qué podría significar este tono de voz dominante para los pacientes? El tono de voz solo aunado a las expresiones faciales es una de las claves que usa la gente para juzgar la personalidad y la motivación de las personas con quienes hablan. Y los pacientes que oyen un sonido más dominante y menos preocupados pudieron haber sacado conclusiones con respecto a las motivaciones de los cirujanos, probablemente se trate de pacientes que con el tiempo demandaron a los médicos y utilizaron estas percepciones con respecto a la motivación, como lo dijo el Doctor Tena cuando deciden cómo reaccionar ante resultados no deseados.

Hay una segunda gran diferencia entre los pacientes de cirugía y de medicina familiar detectada en el estudio y ésta reside en el tiempo que se han conocido pacientes y médicos. En las consultas de medicina familiar, casi todos los pacientes del estudio habían visto al médico por lo menos 2 veces anteriormente, son relaciones longitudinales y podemos suponer que algunos habían tenido relación con el médico desde hace más tiempo pero en las consultas al cirujano, los pacientes podrían estar visitando al médico por primera vez y pudieron no necesariamente volver a ver al cirujano, entonces esto nos hace pensar en el papel que juega la continuidad o atención a largo plazo en la relación médico-paciente.

Pero al menos en Estados Unidos, sabemos que los pacientes de médicos familiares generalmente prefieren ver a su propio médico aunque hayan reportado insatisfacción con su estilo de comunicación. Las relaciones de mucho tiempo parecen tener la capacidad de eliminar las barreras de comunicación.

Hicimos un estudio en Baltimore donde vimos a mamás jóvenes que traían a sus niños a consulta con el pediatra y lo que observamos fue que al principio había diferencias étnicas entre mamás y médicos al ver la información psicosocial que dieron las pacientes.

La cantidad de información psicosocial, lo personal, cómo me siento, si estoy preocupado, si estoy triste, si estoy deprimida, información que la nueva mamá da a su pediatra y pensamos que ésta es información muy importante porque ahora en Estados Unidos se pone mucha atención a la depresión materna como causa de problemas de salud mental en niños y también en casos de abuso de niños.

Entonces es importante que los papás puedan expresar su estado de ánimo con sus médicos y lo que observamos fue que la cantidad de plática psicosocial por parte de madres Áfrico-americanas al hablar con sus médicos, era al principio relativamente poca pero aumentó a medida que aumentaba el número de consultas con el mismo médico.

De hecho lo que se descubrió fue que aunque existía una barrera étnica en la discusión representada por la diferencia de raza del doctor y paciente, el tiempo cura eso.

Una cosa importante y no quiero ofender a mis colegas de sexo masculino del público es que hay un efecto claro determinado por el género del médico en este estudio.

Aquí lo interesante es que este cambio en comunicación entre las mamás afro americanas y sus médicos, en su mayoría blancos, se detecta únicamente con médicos de género femenino, esto no se vio entre médicos de sexo masculino. De eso hablaremos después.

Uno de los grandes problemas que sentimos al hablar de la comunicación entre médicos y pacientes es que los hombres parecen ser el problema. Yo lo digo a pesar de ser hombre.

En realidad no sabemos porque hay este cambio en particular en madres afro americanas aunque algo que se discutió es que debido a la confianza, como algo que se desarrolla con el tiempo en la relación.

Sabemos que la duración de la relación se correlaciona con cuánto confían los pacientes en sus médicos. Y la confianza también es un predictor muy importante de la satisfacción total del paciente con sus médicos.

Si ven estos datos de aquí, esto lo hizo Thom en Estados Unidos donde estudió la confianza entre médicos y pacientes con profundidad.

Lo importante aquí es que antes de la consulta se pidió a los pacientes que calificaran cuánto confiaban en sus doctores y que lo hicieran indicando confianza alta, moderada o baja y lo que descubrieron es que esa confianza se relaciona mucho con la satisfacción del paciente después de la consulta y en los pacientes que reportaron sentirse mejor después de la consulta y lo que pueden ver aquí es que los pacientes que dieron baja confianza a los médicos desde el principio tenían pocas posibilidades de quedar satisfechos con la consulta, sin importar lo que sucediera, 20% de ellos dijeron que habían quedado satisfechos después y únicamente 40% de ellos sentía que habían mejorado sus síntomas; comparado esto con aquellos pacientes que dijeron que confiaban mucho en sus médicos y casi 30% de esos pacientes dijeron satisfechos con las consultas y un poco más de la mitad sintieron que sus síntomas habían mejorado.

Entonces la confianza tiene una fuerte relación con la satisfacción y el resultado.

Ahora la pregunta es hoy ¿Cuáles son los estilos de comunicación que podrían ayudar a generar confianza? Y las preocupaciones de que pudieran no ser necesariamente los mismos que nosotros sentimos debemos enseñar al hablar de comunicación centrada en el paciente o en la persona.

En otro estudio de pacientes de medicina familiar realizado en Estados Unidos, Thom y colegas dijeron que los factores más estrechamente relacionados con la confianza fueron el hecho de sentirse cómodos y cuidados por los médicos, eso nos lleva a lo que decíamos de comunicación centrada en el paciente. Ser motivantes y responder a las preguntas y lo más importante probablemente sea

dar la sensación de ser competentes. Sin embargo, algo de lo que hablamos en el área de consentimiento informado o en otros procesos centrados en pacientes como pudiera ser una plática sobre las opciones de tratamiento o pedir la opinión del paciente o de hecho ser tratado como alguien igual fueron calificados por los pacientes como factores menos importantes hablando del sentimiento de confianza en el médico.

Entonces lo que creemos tener es que los pacientes confían en los médicos cuando sienten que son cuidadosos, conocedores y que se puede hablar con ellos pero no necesariamente tan sentimentales o involucrados en tratar de tener una relación de igual a igual.

Tenemos estas tres grandes áreas de confianza que tienen sentido para nosotros y ahora tenemos que tratar de saber cómo lograrlas.

Ésta es la clasificación de los factores que intervienen en el sentimiento de confianza en sus médicos. La idea de que el médico sea honesto, que sea confiable y la idea de fidelidad/agencia; en otras palabras, saber si el médico actuará para mi mejor interés y a mi nombre.

La pregunta es ¿Cómo se crea la confianza?

Parece que la confianza se genera de varias maneras. Ya hablamos de la idea de que ésta se genera con el tiempo y la idea de que se desarrolla por las acciones específicas a la función que muestran los médicos y el otro punto importante que trato de señalar aquí es que las pláticas con los pacientes también muestran que la confianza a veces se basa menos en factores tangibles como la conducta del personal médico y del doctor y el tono de la voz, sino que también proviene de otras impresiones que tienen los pacientes cuando van al consultorio médico.

Si ponemos estos hallazgos junto a los datos de quejas por negligencia de Levinson, una de las conclusiones es que probablemente los cirujanos enfrentan un trabajo más difícil que los médicos familiares al generar confianza. Tienen menos oportunidades en el tiempo de demostrar su credibilidad y menos posibilidades de acción para mostrar su competencia y agencia; sin embargo, lo que probablemente tengan que hacer por otro lado es tratar de aparentar ser personas dignas de confianza en encuentros muy breves.

Ahora pasemos de la confianza a otras dos áreas importantes para tratar de entender lo que hay que enseñar sobre comunicación médico – paciente, se trata de la etnicidad y el género. En Estados Unidos, los pacientes que pertenecen a grupos étnicos minoritarios generalmente dicen que tienen menos confianza en sus doctores. Los pacientes de grupos minoritarios tienden a sentir que la confianza es todavía menos si no tienen la oportunidad de ver al mismo doctor en repetidas consultas. Lo que no sabemos es la extensión en la que esta falta de confianza reside en el paciente; en otras palabras, simplemente te veo diferente a mí y me cuesta trabajo confiar en ti o si en realidad son las diferentes conductas de los doctores cuando dan consulta a pacientes que pertenecen a grupos étnicos o culturas diferentes. En Estados Unidos se han hecho estudios que sugieren que, por ejemplo, los pacientes afro-americanos sienten que sus médicos no tienden a facilitar su participación en las consulta cuando comparamos lo que sucedería si

estos mismos pacientes visitaran a médicos africo-américanos. Ahora, vimos un reflejo de esto en ese mismo estudio del que ya les hablaba anteriormente sobre las consultas con las mamás. Si vemos los casos donde los pacientes y los médicos pertenecen al mismo grupo étnico y vemos simplemente el número de palabras que usan los doctores en una consulta donde el médico está concentrado en el paciente, justo lo que tratamos de enseñar a la gente; si por otro lado pertenecieran a grupos diferentes, éste es el número de palabras que vimos pero en promedio si el doctor y pacientes son del mismo grupo, hubo considerablemente más palabras centradas en el paciente provenientes del doctor; entonces, la interpretación de estos datos nos indica los doctores parecen sí comportarse de manera diferentes con pacientes de sus propios grupos étnicos a diferencia de las consultas donde atienden a pacientes de antecedentes étnicos diferentes.

Ahora, todavía tenemos que determinar qué sucede primero. Una posibilidad es que hay algunas conductas por parte de los pacientes que dificultan que los doctores hagan las cosas que hemos tratado de enseñarles. Entonces una forma de clasificar lo que sucede es grabando estas consultas y ver la secuencia del diálogo que sostienen el médico y el paciente. Podemos remitirnos a la grabación en audio y podemos calcular el valor numérico de cada palabra, les damos un número que depende del orden en que se dijeron las palabras.

Vemos que en general los diálogos centrados en el paciente tienden a presentarse antes de que el paciente revele información y nuestra interpretación nos dice que en realidad los doctores se estaban conduciendo de manera diferente, la razón por la que estas madres africo-américas no dieron tanta información psicosocial al inicio de las relaciones es simplemente porque los doctores pedían poca información. No sabemos exactamente por qué sucede eso, si los pacientes sienten temor de ofender, si los doctores hacen juicios de las cosas de las que no quieren hablar los pacientes, eso no lo sabemos pero sentimos que, al menos, tomando estas indicaciones que el verdadero problema es que el doctor ve a alguien diferente y tienen una conducta diferente a la que tienen cuando están interactuando con un paciente que se ve parecido.

El otro tema importante es que esta información proviene de consultas entre doctores blancos y pacientes africo-americanas en Estados Unidos. Tenemos poca información sobre este tipo de cosas que suceden en las consultas del Reino Unido donde hay más variedad de médicos y mayor variedad de pacientes, al menos por lo que vimos en algunos estudios y por otro lado en Estados Unidos vemos varios estudios que sugieren que las diferencias y similitudes en grupos étnicos marcan una diferencia y que es mejor para propósitos de comunicación. Algunos estudios del Reino Unido parecen sugerir lo contrario y en específico cuando médicos asiáticos dan consulta a pacientes asiáticos, ellos tienen un estilo de consulta mucho más formal y menos revelación de información delicada pero cuando esos pacientes asiáticos se reúnen con un doctor africano o blanco, ellos dan mucho más información. Entonces este tema de similitud étnica es un tema difícil de atender e indica que la especificidad cultural de gran parte del trabajo en el área de la comunicación que hemos hecho y uno de los puntos que quisiera

señalar al final de mi plática es que gran parte de la información viene de estudios europeos, británicos y norteamericanos y necesitamos más estudios de América Latina y de Asia y otras partes del mundo para determinar si algunas de las cosas que creemos son correctas con relación a la comunicación médico-paciente aplicada en las diferentes culturas.

Ahora quisiera hablar sobre el tema de género. Sabemos que el género del paciente y del médico juegan un papel en el nivel de satisfacción pero no siempre como uno lo podría esperar. Hay mucha literatura en Estados Unidos que indica que los médicos de sexo femenino son mejores comunicadoras que los hombres. Se relacionan en un diálogo más activo y más positivo con los pacientes, dan más asesoría, hacen más preguntas sobre sentimientos y emociones y sus pacientes reaccionan de manera recíproca al dar más información.

Sin embargo el nivel de satisfacción que esperaríamos de médicos de sexo femenino no necesariamente es más alto que el nivel que se obtiene con médicos de sexo masculino. Una de las razones de esto parece ser otro factor que hay que considerar y que es la opción que tiene el paciente.

Este es un estudio que se hizo en el sistema Keiser, una organización muy grande de asistencia para la salud, donde se enseña ampliamente el sistema de comunicación E4 a los médicos y aquí se vio la interacción entre la opción del paciente y el sexo del médico y se descubrió que las personas tienen la posibilidad de seleccionar al doctor y luego se vio el nivel de satisfacción, primero, aquellos que tuvieron la posibilidad de seleccionar a su doctor y que eligieron a una mujer estaban menos satisfechos que aquellos que habían tenido la oportunidad de seleccionar a su doctor y que había sido médico de sexo masculino. Este 74 vs 79 y 85 vs 80.

Lo que es interesante es que si las personas son asignadas a un médico, en general los niveles de satisfacción fueron más bajos pero no vemos en realidad diferencias en sexos; entonces el punto principal que quiero indicar es que tenemos longitudinalidad, tenemos la especialidad, tenemos la etnicidad, el género y las opciones del paciente, todo es parte de este complejo círculo de qué es lo que tenemos en la satisfacción y qué tipos de habilidades de comunicación estamos enseñando. Entonces quiero agregar otra capa a esto y hablar de la idea de trabajar en la confianza y satisfacción en consultas donde hay más de una persona.

En Estados Unidos, entre 20 y 50% de las consultas con pacientes de la tercera edad son consultas donde hay alguien más aparte del paciente, frecuentemente es un hijo adulto de ese paciente, a veces un cónyuge, a veces sólo un amigo, pero consultas en las que hay varios pacientes, esto es sumamente común. Y en las consultas al pediatra, en todas éstas tenemos a otra persona, un papá. Entonces la pregunta es ¿Cuáles habilidades de comunicación deben usar los médicos en consultas donde hay varias personas en el consultorio y qué tipos de estilos de comunicación llevan a la satisfacción en esas consultas con varias personas?

Una preocupación y de esto oiremos mucho más mañana, desde el punto de vista de la Bioética es lo que el médico debería hacer para facilitar la participación de un paciente si hay alguien más en el consultorio.

Esa otra persona tiene la oportunidad de participar en las decisiones médicas, qué información se les debe dar, qué información es confidencial, tal vez, entonces hay varias preocupaciones pero lo que quiero hacer es darles unos datos.

Los niveles de satisfacción de un estudio hecho con consultas por problemas de asma al pediatra. Se trata de consultas en salas de emergencia, hay un niño de entre 5 y 12 años de edad, un papá y llevan al niño por un caso agudo de asma. Medimos la cantidad de comunicación entre el médico y el niño y la cantidad de comunicación entre el médico y el paciente y tratamos después de correlacionar eso con el nivel de satisfacción del papá. Lo importante aquí es que vemos un patrón complicado ya que si le preguntamos a los papás si el médico hizo un buen trabajo, eso realmente corresponde a las consultas donde el médico habla más con el paciente o cuando se concentran en el niño.

Si le preguntan a los papás si el médico les informó correctamente la información, es un hecho que se relaciona con las consultas que se centran en los papás. Si le preguntas al médico si hubo buena comunicación por parte de los papás, eso se correlaciona con el hecho de que el médico les hable a ellos. Pero si luego ves si el médico logró que el niño hablara más, eso se correlaciona al hecho de que el médico haya hablado con el niño.

Entonces volvemos a tener este patrón donde por lo general, la satisfacción se relaciona no sólo con el médico concentrado en una persona sino con las dos que van a consulta y realmente no tenemos datos similares para consultas con pacientes adultos y también vemos que estos tipos de patrones de satisfacción varían en diferentes culturas y con diferentes expectativas y también con el hecho de que por ejemplo se espera que mi esposa tenga algo que decir en una consulta donde yo voy a consulta.

Ahora regresemos a las observaciones de Thom sobre la interacción entre médico y paciente y contextos más grandes y la satisfacción y los sentimientos de confianza que reciben los pacientes por parte del médico depende no sólo de lo que hacen los pacientes y médicos sino en lo que sucede en el consultorio cuando llega el paciente a consulta.

Un grupo en Estados Unidos encabezado por Crabtree ha estudiado consultas familiares en Estados Unidos y sugieren que la práctica a nivel individual tiene diferentes culturas, en otras palabras, cada consultorio tiene su propio tipo de atmósfera.

Las diferentes consultas tienen metas que varían dependiendo de la extensión y naturaleza en la que son explícitos y aunque parecería que las instalaciones clínicas están preparadas para dar servicio a los pacientes, también tienen mayor o menor grado sentido de responsabilidad con su comunidad y mayor o menor sentido de compromiso por satisfacer las necesidades individuales del personal médico, sus objetivos relativos a avance en su carrera, satisfacción con el empleo o seguridad financiera.

Otra cosa que vemos es que en las diferentes prácticas hay diferentes métodos de organización y en especial en relación con la claridad y la flexibilidad de las responsabilidades del personal. Lo que algunos estudiosos de las organizacio-

nes de servicio en Estados Unidos sugieren es que la función primaria de una unidad médica es ser capaces de enfrentar lo que ellos llaman las sorpresas; en otras palabras los pacientes no presentan los mismos problemas, a veces vienen con preocupaciones que parecerían urgentes, las cosas nunca salen como se esperan y entonces la función principal del médico es poder enfrentar estas cosas inesperadas y uno de los pensamientos es que la habilidad de una organización para enfrentar estas sorpresas en realidad depende de la claridad y flexibilidad del personal, de que las personas se puedan comunicar con los demás, saber si son flexibles en sus tareas y cómo le parece todo esto a los pacientes. En otras palabras, cuando yo entro y digo, inesperadamente tengo este síntoma o inesperadamente lo que usted me dijo la última vez no funcionó o vengo a mi consulta pero me tengo que ir rápidamente porque mi hijo está enfermo; el personal puede responder ante estas situaciones de tal manera que se genere confianza y hacer sentir a la gente que el personal está trabajando para ellos o es un momento en el que el paciente tiene la impresión de que no me estoy conduciendo correctamente y por consiguiente te enojas conmigo y tenemos pensamientos muy diferentes.

Algo que hemos descubierto es que es muy difícil que el médico genere confianza si el paciente ya tuvo que pasar por varias capas de mala comunicación en la recepción primero y luego con la enfermera y luego con alguien más; entonces el punto aquí sería que mientras uno se quiere centrar mucho en la comunicación entre el médico y el paciente, necesitamos también centrarnos en la comunicación que se logra en el contexto médico, entonces los médicos no son los únicos en los que necesitamos centrar nuestros esfuerzos de comunicación.

¿Hacia donde vamos? Hay muchas cosas que tenemos que explorar si queremos en verdad entender más sobre el estudio original de Levinson.

Ser un médico centrado en el paciente es algo bueno pero la forma en la que lo muestra podría depender mucho de su especialidad y en el hecho de ver a los pacientes más tiempo o no. También su género podría marcar la diferencia y si son médicos de sexo masculino tendrán que trabajar más esto que las mujeres y también dependemos del hecho de que los pacientes nos hayan seleccionado o si les fuimos designados.

Lo que sucede en la sala de espera importa mucho y por último nada podría aplicar fuera de los ambientes en los que se hicieron los estudios; como ya dije, estos datos vienen de Europa y de Estados Unidos y no queda claro cuándo aplica a atmósferas en México, América Latina u otros sitios del mundo y por consiguiente creo que una cosa maravillosa que ustedes hayan venido aquí para recapacitar en cómo hacer este tipo de investigación y en otros países.

Ahora quiero hablar de la suposición que hemos creado para cualquier contexto, cómo queremos tratar de capacitar a la gente y tratar de entender lo que queremos hacer.

Una de las cosas que ustedes mostraron aquí es que los estudiantes de medicina y residentes, como en cualquier otra parte del mundo, generalmente son muy receptivos para tener esta capacitación y ésta tiene efectos positivos pero ha



sido mucho más difícil reclutar y capacitar a médicos ya experimentados que ya están practicando y aunque se hacen muchos esfuerzos a gran escala para lograrlo en el Reino Unido y en Estados Unidos, los estudios que esperamos muestren cambios en las habilidades o en los resultados todavía se tienen que hacer y ahora quiero platicarles un poco sobre el estudio que estamos haciendo dónde tratamos de hacerlo, ahora no les podré dar resultados pero sí les platicaré lo que estamos tratando de hacer.

Estamos tratando de enseñar a médicos experimentados en el área de atención primaria pediátrica, un conjunto de habilidades de comunicación cuyo objetivo es mejorar su manejo de problemas de salud mental en niños.

Eso parecería muy específico a la salud mental pero en realidad viene de los estudios generales de comunicación y lo que observamos es que los pediatras hicieron muchas cosas para desalentar activamente a los papás para expresar sus preocupaciones y es lo que ya estuvimos diciendo anteriormente: no describen los tipos de tratamientos disponibles, cambian el tema de conversación cuando las personas hablan específicamente, siempre parecen estar estresados y sin tiempo.

Las cosas que necesitamos tratar de hacer primero es entender el tipo de contenido de capacitación, es atractivo a las prioridades de los médicos y a nuestra meta de mejorar la atención médica. Lo que concluimos es que hay tres metas que a mí me parecen la necesidad de atacar las prioridades propias de los médicos y nuestra prioridad para mejorar la comunicación porque recuerden que no son necesariamente las mismas cosas.

Descubrimos que los médicos estarán potencialmente interesados en programas de capacitación que los ayuden a ser más eficientes, que les ayuden en las consultas que hagan sentir cómodos a los pacientes, en otras palabras consultas con pacientes que expresen demasiadas emociones y por último que los ayuden a ser más eficaces en su tratamiento y a dar asesoría sobre problemas de salud mental.

El punto es que antes de decidir lo que queremos enseñar, tenemos que saber qué sería de interés para los médicos y luego tratar de hacer un paquete con nuestras habilidades de comunicación para que los médicos lo consideren importante y aplicable a su trabajo.

La siguiente pregunta fue que los médicos pueden tener un interés intelectual en los temas que presentaremos pero realmente qué los motivará a participar en algún tipo de sesión de capacitación, cuáles son algunas de las razones por las que las personas querrán aprender las habilidades.

También podría suceder que las personas simplemente perciben el área de comunicación como algo muy tensionante para ellos y podría querer participar por esa razón.

Un segundo punto es que los médicos podrían sentir que esto los ayudará a administrar mejor su tiempo, si se comunican mejor tendrán menos pacientes que regresen con más quejas o que podrán administrar y hacer sus consultas más breves.

Pero vimos que en realidad son dos cosas las que incentivan a los doctores con quienes trabajamos para seguir con sus estudios de aprendizaje continuo. Uno es la influencia de un líder de opinión o administrador y probablemente eso sea lo más importante para todos ustedes.

Ustedes hoy están aquí y son líderes de México y será la influencia de ustedes lo que haga que sus colegas vengan y aprendan estos tipos de habilidades que en este momento probablemente digan que no tienen tiempo de aprender y por último descubrimos algo ya sabido desde hace mucho tiempo por los representantes de laboratorios farmacéuticos, a través de ellos es más probable que estén dispuestos a venir y escuchar lo que nosotros tenemos que decir, entonces nosotros somos muy liberales al chantajear a los estudiantes con alimentos, con pequeños presentes y en particular créditos de educación continua que son caros en Estados Unidos y difíciles de obtener.

La siguiente pregunta que nos hicimos fue cómo tratamos de enseñar este tipo de cosas y hay un dilema hablando del contexto de aprendizaje. Lo que quiero comparar aquí es el hecho de tratar de enseñar esto en las clínicas de los médicos, en el tiempo donde están atendiendo a los pacientes o lo hacemos en una conferencia como ésta donde se trae a los médicos.

Se ha visto que hay un efecto de compensación. Esto parece más significativo para ellos; en otras palabras si me doy tiempo durante mis horas de trabajo, para propósitos de recibir mi capacitación de comunicación, podré aprender las habilidades y salir inmediatamente al área de consulta y practicar lo aprendido y mi mente se centra en ese momento en la relación médico-paciente pero es claro que es más estresante y el tiempo es limitado.

Como pueden imaginar si estoy yo en una sala de conferencias con mi presentación en computadora, listo para dar información sobre la comunicación médico-paciente y no hay nadie diciéndome que hay alguien afuera enfermo, entonces éste tipo de contexto es muy limitante. Por otro lado si tratamos de hacer que las personas asistan, durante un fin de semana, en una conferencia como ésta, tendremos más tiempo para discutir y participar pero es más difícil relacionarlo con la práctica diaria. Nuestra impresión es que las personas salen de una sala de conferencias y se les olvida al llegar a los consultorio y también sabemos que es muy difícil programar estas cosas.

El siguiente tema es cómo enseñar esto. Todo lo que sabemos con respecto a la educación de los adultos es que la capacitación debe centrarse en el aprendizaje. Necesita haber mucha participación con los compañeros, que de hecho nosotros mismos somos los mejores profesores y lo que necesitamos nosotros hacer es simplemente darles información y darles a ustedes la oportunidad de platicar sobre cosas, reflexionar y hablar entre ustedes.

El problema con eso es que se necesita de mucho tiempo y no es necesariamente adecuado para aquellos que están ansiosos o que lo rechazan y descubrimos que en la capacitación de las habilidades de comunicación, muchos de nuestros médicos son muy ansiosos, especialmente cuando se les pide hacer una simulación o dar una consulta a pacientes estandarizados (actuados) y todavía peor si les

pedimos ser grabados y pedirles que se vean en la grabación y lo que escuchamos frecuentemente de los doctores es que pueden hacer operaciones críticas, pueden ir con un paciente que está muriendo y hablarle sobre cosas difíciles pero si me pides que vea a un paciente simulado en una grabación, sudo y estoy muy nervioso.

Entonces, es difícil hacer esta enseñanza centrada en el aprendizaje. Por otro lado la gente está muy cómoda con el tipo de conferencia que estoy dando ahora. Si es un tema muy conocido o no, es fácil para nosotros estandarizar la presentación, yo me puedo aprender la conferencia para repetirla una y otra vez pero como ustedes probablemente ya lo están viendo, se vuelve rápidamente aburrido; entonces necesitamos una combinación de estos estilos de capacitación.

Ahora, el último punto que necesitamos aquí es cómo hacer que los médicos practiquen estas habilidades de comunicación y como ya les dije estas actuaciones y pacientes actuados hacen que los médicos se pongan muy nerviosos pero también necesitan ver y modelar las cosas y tener la posibilidad de platicar entre sí sobre esto.

Entonces el compromiso que de aquí se deriva es un paquete pequeño, presentación de capacitación con diapositivas donde haya una conferencia que pueda impartir un profesor que incluya breves videos que duren sólo 1 minuto o dos y que después sea el disparador que hagan que los doctores participantes hablen sobre sus experiencias y de hecho nosotros tomamos esta idea de un colega que enseña a los papás la interacción papás e hijos. Es una manera muy efectiva de crear una experiencia in vivo, en un ambiente de poco estrés y organizar grupos pequeños de médicos para que compartan sus propias experiencias y su propia sabiduría.

Finalmente si les pedimos a los médicos atender a pacientes que actuaron, donde el paciente actor está esperando a que entre el médico. Usamos a personas que están capacitadas en teatro improvisado, les decimos los tipos de situaciones que queremos que traten de experimentar los médicos, situaciones donde el paciente esté enojado con el médico, situaciones donde los papás e hijos están enojados con ellos mismos y se prepara a los médicos para esto diciéndoles lo que hará el paciente actuado y que queremos que entren al consultorio y que practiquen lo que se les acaba de enseñar. La forma para solucionar el nerviosismo y pena de los médicos es entregando al médico su grabación y son los únicos que la pueden ver, se les da la oportunidad de revisarlo y reciben el protocolo estructurado que los guía en la revisión y ellos mismos se hacen comentarios y no hay situaciones grupales donde se les pida criticar las grabaciones frente a otras personas.

Ahora termino diciendo que hay muchas formas en las que las personas tratan de atacar este tipo de problema de comunicación médico-paciente y aunque tan sólo estamos a la mitad de esta capacitación, sentimos que ya empezamos a tener respuestas. La primera es que sí hay maneras de involucrar a aquellos médicos que no quieren participar aunque necesitamos más. Tenemos ideas de cómo desarrollar materiales que puedan ser autodidácticos o de enseñanza en grupos pequeños pero necesitamos saber más sobre eso.

Necesitamos tratar de entender si los pacientes actuados son una parte importante parte de esto o no porque obviamente es muy difícil tratar de trabajar con ellos y logísticamente son la parte más difícil y por último, estamos empezando a explorar cómo podemos adaptarnos a las variables culturales presentes en diversos grupos étnicos con los que tenemos que trabajar en Estados Unidos.

Para resumir, permítanme decirles que me siento muy afortunado de haber venido a esta conferencia y aprender más sobre su trabajo aquí en México y me queda claro que el futuro de la comunicación depende de la colaboración internacional, entonces quisiera anunciar dos cosas.

Primero es que la Asociación Europea para la Comunicación y la Atención Médica organiza una conferencia cada dos años, hace 4 años en Barcelona, hace 2 años en Inglaterra, y en septiembre del 2004 será en Bélgica. Es una conferencia maravillosa para aquellos interesados en este tema y que vienen de todo el mundo y sería maravilloso tener más participación de México y de América Latina. La fecha limita para presentar trabajos es el 1 de febrero. Si hay quienes quieran hacer presentaciones, sería maravilloso.

También EACH trabaja muy de cerca con la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Se trata de un grupo con sede en Barcelona que también trabaja activamente en temas relativos a la comunicación médico – paciente y su reunión será en diciembre de este año. No sé exactamente la cantidad de temas de información de comunicación pero será una reunión maravillosa y podría ser de interés para la gente.



**Panel - Foro:**  
**Manejo de la Información Médica**  
**Acad. Dr. Jorge Manuel Sánchez González**  
Coordinador

Médico cirujano egresado de la Universidad Autónoma de Guadalajara, Especialista en Patología Clínica, Recertificado por el Consejo de la Especialidad. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía. Diplomado en Seguridad Radiológica, Enseñanza de la Medicina por la UNAM y en Calidad para las Instituciones de Salud por la Universidad de Guanajuato. Catedrático Universitario, ha publicado múltiples artículos y trabajos de investigación, algunos de ellos acreedores a Premios Nacionales, así como libros o capítulos. Fundador, socio y Presidente de diferentes asociaciones, colegios y sociedades de médicos, nacionales y estatales.

Ha sido Presidente de la Comisión Estatal para la Certificación de la Erradicación del Poliovirus, Médico Perito en la PJE, miembro del Consejo Estatal de Salud, la Comisión Estatal de Arbitraje Médico y del Patronato Estatal del DIF en Guanajuato, entre otros. Participa en el consejo editorial de las revistas: Laborat-acta, Calimed, Diabetes Hoy y Revista CONAMED. Actualmente es Director General de Difusión e Investigación de la CONAMED.



Para entrar en el tema del manejo de la información y comunicación en medicina quiero mencionar como reflexión inicial lo que dijeron célebres personajes: "**La meta principal de la comunicación es la persuasión**" Aristóteles, Descartes dijo: "**Definan bien las palabras y ahorrarán a la humanidad la mitad de los sinsabores**".

Efectivamente existe coincidencia entre diversos investigadores y estudiosos en afirmar que de todas las habilidades que debe tener un médico, probablemente la comunicación interpersonal ha sido y es la más importante, hecho que es evidente en nuestros días, cuando la sociedad percibe que el lenguaje y la información que vierten los médicos no es clara y en ocasiones incomprensible, máxime si va teñida de *mediqués*, expresión verbal que utilizan algunos médicos matizada con terminología científica y abreviaturas solo entendible por el colega interlocutor. No podemos estar ajenos a tal problemática que se ha incrementado en los últimos años, a tal grado que el estudio de la comunicación médico-paciente ha sido objeto de numerosas investigaciones sobre todo en las últimas décadas del siglo pasado, basta revisar la literatura internacional, donde se destacan múltiples manuscritos abordando y tratando de escudriñar el tema, proponiendo algunas soluciones impostergables. Quienes me han precedido en el uso de la palabra han evidenciado ampliamente, durante sus disertaciones, los problemas de la comunicación en la relación médico-paciente, sustentando la tesis de muchos otros sobre la génesis de conflictos que acompaña dicha ruptura comunicativa, que en gran parte se inicia en la desinformación o la falta de ella.

Uno de los temas fundamentales abordados en la relación a esta problemática puede estar engendrada en el tema de la verdad, es decir, la percepción de que no se está comunicando con la verdad entre paciente y médico o viceversa entronca ruptura entre las personas. Una interesante visión del tema la podemos ver en los reportes de Flores, que asegura en referencia a la comprensión del enfermo oncológico, que la relación médico-paciente debe estar basada en la sinceridad. Así mismo, el médico debe atender la demanda constante de información del paciente y responder a ella, por que de todos nosotros es sabido, pero no siempre llevado a la práctica, que todo esto genera confianza, la seguridad y la esperanza del paciente.

El hecho de que la verdad, es universalmente más aceptada que otras opciones por los pacientes, es corroborado por otros investigadores en recientes publicaciones como el de Robinson y sus colaboradores. Ahora bien, estos autores recomiendan tener en cuenta las expectativas del médico con respecto al efecto que en un paciente pueda tener el decir o no la verdad, lo cual genera variaciones, algunas de ellas mencionadas en los temas anteriores.

Parece ser que no sólo es importante el mensaje terapéutico, sino el grado de convicción a la hora de transmitirlo, echando mano de las herramientas de la comunicación verbal y no verbal, con suficiente información de soporte, con adecuada modulación de la voz y actitud corporal congruente, por mencionar sólo algunas. En este sentido algunos estudiosos del tema dicen que para conseguir una comunicación adecuada, es necesario vencer el miedo que en los profe-

sionales genera el dar malas noticias o provocar con nuestra comunicación reacciones no controlables por parte del paciente, debemos entender que éstas se pueden dar muy variadas, tanto, como diferente es la gama de respuestas y comportamientos del ser humano.

Aquí también podría hablarse por parte del profesional de “ansiedad social”, en el sentido del temor a ser evaluado negativamente por parte del paciente o sus familiares y otras personas presentes, de tal suerte que impediría lo que en psicología social se conoce como “facilitación social”; es decir, que el ambiente social que rodea al médico, paciente, familiares, allegados y otros profesionales fuera percibido como favorable y por tanto facilitará el rendimiento del profesional. También cabría añadir que seguramente y a la luz de recientes publicaciones, un contexto de mentira, manipulación o auto-justificaciones sin un alto grado de credibilidad dificultan no sólo la relación, sino que empeora la competencia social y por ende el rendimiento. Situaciones que se agravan si en adición se encuentran acompañadas de una inadecuada información, desinformación o falta de ella.

En cualquier actividad profesional y bajo el enfoque que se analice (es decir, funcional), el trabajo del médico transcurre en un proceso constante de recepción y transmisión de información, lo que supone una relación permanente de comunicación. En sus comunicaciones el médico establece un puente entre la entidad y el entorno, luego entonces establece relaciones, facilita procesos, recibe retroalimentación sobre la percepción que existe de la salud de sus pacientes, recibe un conjunto de informaciones que le permite establecer estrategias diagnósticas, para tomar decisiones, identificar recursos terapéuticos y planear cursos de acción. Es de todos conocido que en sus comunicaciones el médico imparte instrucciones, identifica preocupaciones, motiva y ejerce influencia, controla la interpretación, ejecución de sus decisiones, educa al paciente; los valores y cultura que dan coherencia al colectivo, entre otras cosas. Es por ello que éste Panel-Foro pretende abordar, y solo hasta el terreno de la reflexión, por la brevedad del tiempo, algunos aspectos relacionados con el manejo de la información en el contexto de la comunicación, y desde la perspectiva de profesionales ajenos a la medicina, como lo son los abogados, los ingenieros y los matemáticos.

Los principales medios que usa el médico para comunicarse son la consulta, intercambios personales, informales y formales, tecnológicos como el teléfono; documentos escritos como la historia clínica, el expediente, las recetas, circulares, etc. Y en años recientes el correo electrónico, la telemedicina, la transferencia de imágenes, y todas estas nuevas herramientas de la comunicación e información, que debemos incorporar a la conducta, actitud y concienciación de la práctica cotidiana con ética y humanismo, sin desconocer las implicaciones reglamentarias o legales que pudieran estar involucradas, empezamos entonces a ver mas intrincado el panorama, por eso es impostergable abordarlo y discutirlo, discriminando aquello que afecta la relación con nuestros pacientes.

Cada medio de comunicación tiene sus ventajas y limitaciones. Las comunicaciones escritas permiten precisar el lenguaje; cuando se escribe pueden rectificarse



expresiones, pulir las ideas para evitar que lo que se dice se interprete de manera diferente, pero a veces dejar constancia verificable de lo que se orienta no posibilita la retroalimentación inmediata, ni la transmisión de sensaciones ni sentimientos que se producen en las comunicaciones orales. A pesar de los avances producidos en los últimos años en los instrumentos y técnicas de comunicación, la vía más utilizada por los médicos aún cuando se ha transformado, según investigaciones recientes, es la comunicación oral, la comunicación cara a cara como instrumento de intercambio de información y de influencia sobre las personas, tiene ventajas que no pueden sustituirse por otras vías ni medios técnicos como son los que he mencionado sobre la retroalimentación inmediata, que permite verificar la comprensión y el efecto del mensaje transmitido, obtener la información que transmite el lenguaje gestual, corporal o no hablado, la riqueza de matices que se introducen con la entonación, el ritmo, el énfasis, la posibilidad de transmitir, captar y generar sentimientos. Pero también puede ser generadora de incomprensiones, actitudes defensivas, rechazos y conflictos, más que cualquier otra vía de comunicación, debemos entonces perfeccionarla y entrenarla, hoy la sociedad reclama que así sea. Por otra parte, cuando se escribe se puede volver atrás, suavizar expresiones. Después que se dice algo, es más difícil la rectificación, la principal fuente de conflictos son las malas comunicaciones interpersonales.

Según investigaciones de especialistas, los profesionales en general prefieren los medios orales; es decir, las conversaciones directas, llamadas telefónicas y reuniones. Estas investigaciones destacan que los sujetos de estudio dedicaban como promedio el 78% de su tiempo a las comunicaciones orales y en promedio, en otras investigaciones, entre el 66 y el 80%.

Pero ¿dónde quedó la información? Cuando especialmente en medicina, se requiere además de un gran cuidado y atención, que sea asentada en forma confiable. En los siguientes minutos, se dilucidarán algunos aspectos de gran importancia, vigencia y aplicación impostergable. En el panel-foro que hoy tengo el honor de coordinar, serán expuestos por sus ponentes conocimientos, comentarios y reflexiones sobre la información médica, teniendo como marco la comunicación médico-paciente; sin duda nos brindará un panorama actualizado que podremos llevar de la reflexión a la *praxis*, y en determinado momento, construir una propuesta de referente que sea aplicable a la práctica cotidiana de la profesión médica y sus ciencias afines.

Antes de pasar a la presentación de nuestros panelistas, quiero compartir esta otra reflexión que se relaciona con estudios sobre problemas en la relación médico-paciente: **Todo mejoramiento de la comunicación hace más difícil el aburrimento.**

Muchas Gracias.





## **Consentimiento informado**

### **Dr. Gabriel Manuel Lee**

Médico-Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México, especialista en Medicina Interna, Certificado por el Consejo de la Especialidad, posee maestría en Dirección de Empresas por MEDEX y el IPADE, fue Subdirector del Hospital General, de dos Hospitales Generales en el Estado de México con más de 140 camas del Instituto de Salud del Estado de México. Es Profesor de la UNAM y autor de diversos capítulos y artículos en libros científicos. Participó como Coordinador de Asesores del Subsecretario de Servicios de Salud y del Subsecretario de Coordinación Sectorial y posteriormente Director de Operación y Servicios de Salud del DIF del Estado de México, fue Director General de Extensión de Cobertura en la Secretaría de Salud y desde enero del 2001, se desempeña como Subcomisionado Médico en la CONAMED.



Antes que nada quiero agradecer la oportunidad de dirigirme a todos ustedes en este 8° Simposio de la Comunicación Humana y el Derecho Sanitario. Cuando nos invitaron a participar en el panel, nos dijeron que tenemos 10 minutos cada uno para explicarlo y tuve la disyuntiva, si pasaba transparencias como siempre o mejor hacia un ensayo, lo escribía con sus buenas referencias y después hacía yo un extracto para poder abordar el tema en 10 minutos. Ese es el primer reto. Segundo, abordar el tema del consentimiento informado en donde muchos de nosotros que nos dedicamos a esto estamos bastante conocedores del mismo pero también tratar de explicarlo de alguna manera diferente que nos llevará a la reflexión ¿Qué es lo que está pasando? Si bien este documento o esta forma de comunicación para legitimar un acto médico existe y ya se ha discutido desde hace mucho tiempo. De ahí que simplemente, creo que estamos llegando ya a la finezas del arte médico.

Para poder abordar este tema, tan discutido y muchas veces mal interpretado o utilizado, quisiera hacer algunas precisiones respecto del entorno en el que surge, para posteriormente abordarlo, desde su definición hasta su instrumentación.

El avance de la ciencia médica y la tecnología para la atención de la salud se mantiene en desarrollo y crecimiento permanente. Por otra parte, se ha incrementado su utilización como consecuencia de las mayores necesidades de la sociedad en la cobertura de servicios especializados y la "generalización" del derecho a la protección de la salud. Esto se traduce en costos crecientes. Casi todos los países han efectuado grandes esfuerzos para otorgar incrementos en los presupuestos destinados a éste fin. A pesar de ello, éstos esfuerzos y las asignaciones presupuestales resultan insuficientes o se proyectan como intolerablemente gravosas para la economía general de las naciones.

En este contexto, la filosofía y la ética recuperan un lugar, como expresión de la preocupación de la pérdida de la relación íntima que existe entre el hombre y sus semejantes y el impacto del uso de la tecnología como "representante" de la aplicación de las ciencias médicas modernas, así lo señalan múltiples autores preocupados por estos hechos. Aparece la Bioética, como producto de la aplicación de la ética a los acontecimientos biológicos.

El uso y abuso de los avances de la tecnología, la misma informática y la propia telemedicina van de la mano de las economías transnacionales que han promovido el nacimiento de los conceptos que han referido como "aldea global". Demandas y ofertas de todo tipo tienden a homogeneizarse y equalizarse en un modelo que pierde identidad local parece fundir las culturas particulares al someterlas a influencias "centrales" o a intereses superiores de fondo económico.

Los conceptos mas simples de la vida cotidiana varían con velocidad tal que resultan difíciles de percibir, lo que el día de hoy es verdad, mañana puede no serlo así. Conceptualmente el mundo cambiante en que vivimos es imposible definirlo como imagen detenida o fotografía, como algo "plasmado". Se asemeja al material en ebullición, a una secuencia de película que capta de manera secuencial múltiples cambios y realidades.

Parece que estamos frente a una marea imparable de movimientos destinados a promover y subrayar el individualismo (derechos del consumidor, autonomía, derechos del paciente...). Se cuestiona a las instancias de procuración e impartición de la justicia de las formas, procedimientos y los procederes de quien otorga servicios especializados y de las coberturas de distribución los equipos y servicios, destinados a la población. Todo esto sin que estas instancias estén preparadas para interpretar adecuadamente el acto médico, por lo que se hace necesaria la participación de instancias alternativas especializadas para resolver e interpretar de una mejor manera.

El reconocimiento del sujeto como persona única y la individualización como fenómenos privados, determina modificaciones en la conducta interpersonal y en las acciones públicas. Nace el pensamiento posmoderno que no necesariamente es el mejor.

Con la participación de todos estos fenómenos, se modifica el significado y los valores atribuidos al "ser sano", "estar sano" o "detentar salud", de acuerdo con el concepto que sustenta cada sociedad.

Las modificaciones sociales, políticas, económicas, legales y sanitarias generan cambios constantes, replanteamientos, tanto en las formas y procedimientos, tal es así que la propia autoridad sanitaria requiere adaptarse a estos cambios, con el objeto único de mantener el orden y la rectoría en la materia; se genera pues una revolución intelectual con grandes impactos. Mucho se ha hablado de la pérdida de la estabilidad científica y social a raíz de los cambios descritos, cada interesado busca definir principios unificadores o principios que den explicación contundente a los cambios y de esta manera limitar nuevos perfiles o esquemas que permitan enfrentar situaciones dilemáticas, muchas de ellas generadoras de conflictos bioéticos o simplemente disyuntivas de uso-abuso-pertinencia-congruencia.

La práctica médica enfrenta desafíos impensables hace algunos años. Se desacraliza la función mágico - pontifical de los médicos, el arte y la ciencia toman ahora dimensiones poco usuales, se tecnifica cada vez más la práctica y el costo se incrementa al tiempo que se deshumaniza la atención médica misma.

Con todo esto, médicos y pacientes se ubican ahora en un juego de grandes apuestas económicas, tendencias y opiniones encontradas respecto de múltiples factores. Las transformaciones en las costumbres, formas y modas, que generan innovaciones morales e incluyen la participación de lo social. La economía cada vez más tiene un peso creciente en la práctica de la medicina. La ley acota y trata de regularla o malamente interpretarla. La práctica médica excede lo técnico - científico y lo específicamente personal e incluye a protagonistas omnipresentes: responsables de segundas opiniones, administradores de seguros de salud y abogados de pacientes, de médicos y de sistemas gerenciables. El médico pierde identidad misma y pareciera ser ahora obrero calificado o carente de ejercer su práctica con libertad prescriptiva y profesional.

Es en este escenario difícil, entre los cambios de usos y costumbres, con vigencia a nivel mundial, en donde aparece el consentimiento informado. Sin embar-

go, los médicos no debemos olvidar nuestra esencia, nuestra razón de ser para servir con vocación.

Se entiende por CONSENTIMIENTO INFORMADO al acto de decisión voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta o rechaza las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada respecto de los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar.

El consentimiento informado es un presupuesto y elemento integrante de la práctica médica que se construye con base en la Lex artis, la ética y la norma. Constituye, por consiguiente, una exigencia para llevar a efecto la actividad médico quirúrgica curativa.

Estamos ante el cumplimiento de un "derecho humano primario y fundamental", esto es, ante una de las últimas contribuciones realizada a la teoría de los derechos humanos.

Julio Cesar Galán Cortés.

Desde hace algún tiempo, empieza a ser de todos conocido que el consentimiento informado es una forma de enunciar, y de anunciar, una nueva relación clínica, en la cuál se exige a ambas partes un mayor respeto a sus derechos y obligaciones, del que se tenía hasta ahora.

Actualmente, ya no se trata de imponer el bien del enfermo al mismo enfermo, con su aceptación más o menos presupuesta o entendida tácitamente, sino de descubrir cuáles son sus expectativas, dudas y sus preferencias y de adaptarnos a ellas con respeto y lealtad, poniendo invariablemente a su disposición, nuestros conocimientos, capacidades y nuestras posibilidades, dependiendo ellas de los medios de los que dispongamos.

Entendido de esta manera, el consentimiento informada promueve y fomenta una nueva cultura para la atención de la salud, sino también promueve el desarrollo de una nueva relación clínica, de la misma manera que los derechos humanos lo son de las relaciones humanas en general. Toda persona, aunque esté enferma, debe continuar siendo el centro de atención y debe ser considerada, en principio, libre y competente para decidir sobre su integridad y sobre su futuro, y, por tanto, debe poder participar activamente en las decisiones clínicas que le afecten, independientemente de su capacidad económica, social o intelectual; la prudencia y las habilidades del médico serán las que le brindarán el equilibrio; esto conlleva a que el paciente pueda aceptar o denegar lo que se le propone después de tener a su disposición la información suficiente para ello y no sólo eso, sino que podrá asumir su corresponsabilidad, toda vez que entendió claramente lo que se le informó y otorgó su permiso.

Éste es el principio general, difícilmente discutible, en que se basa el consentimiento informado; principio ético antes que jurídico, y sobre todo basado en una

adecuada comunicación médico-paciente y no la suscripción previa de un escrito frío, enunciativo y por lo general de difícil comprensión.

En México, a través de la inclusión del consentimiento en la NOM 168, se ha querido garantizar que este esquema sea un hecho y de esta manera el paciente ejerza su derecho a la información y otorgue su permiso, basado en el principio de autonomía, que necesariamente se requiere que lo pueda ejercer cualquiera; y, para que ello sea posible, obliga a que exista una ocasión comprobable de haberlo podido ejercer, el consentimiento informado escrito antes de cada actuación médica con riesgo.

Este hecho no puede ir mucho más allá. Aunque se tenga una base normativa y ésta se cumpla cabalmente, el objeto último no pretende asegurar que la relación clínica sea satisfactoria en cada caso, ni garantizar que la información haya sido correcta, ni que su comprensión haya sido suficiente. Estos parámetros forman parte de la complejidad de cada relación clínica, es decir, son el resultado inevitable de la interacción entre las necesidades cambiantes de cada enfermo y de la sensibilidad y la competencia de cada profesional. Nada puede suplir esta realidad primordial y su inseguridad. De esta manera el consentimiento informado resulta de una entrevista, en la cuál el médico explica de una manera clara, con términos simples y entendibles lo que tiene que realizar en el enfermo con el fin de ayudarlo a recuperar su salud, y que una vez que el paciente ha entendido qué le va hacer, los riesgos y beneficios del procedimientos así como las posibles complicaciones, otorgue e consentimiento y es ahora cuando se suscriba y no antes.

El consentimiento no es el formato que se suscribe al ingreso de un paciente al hospital, NO, no es eso y lo reitero porque es muy común escuchar a profesionales de la medicina expresarlo así. Ni tampoco es un formato preestablecido para que lo firme a través de alguna persona del equipo de salud como requisito previo a la intervención. Lo señalo tan categóricamente porque así se ha encontrado en las evidencias disponibles.

Los profesionales de la medicina debemos aceptar que una de las competencias y habilidades que se nos pide, y que por tanto forma parte de los objetivos de nuestro quehacer, es, junto a los conocimientos y habilidades sobre las enfermedades, la de ayudar a nuestros enfermos a incorporar, a su manera, la situación en la que se encuentran y las decisiones con las que deben hacerle frente.

Es difícil de comprender y aceptar, que en un sistema que toma como prioritaria a la salud, existe una atención generalizada, incluso masificada, y con una práctica clínica cada día más protocolizada y en ocasiones normada, se requiera en cambio una atención particularizada para cada enfermo. Antaño, a través de un paternalismo acentuado, era posible que el médico asumiera, en lo que a la información y consentimiento se refiere, una actitud preestablecida y unilateral ante todos y cada uno de sus pacientes. Pero ahora, no es posible; ahora es necesario evitar una excesiva generalización porque la atención es multifactorial. Ahora cada cual reclama una atención cuidadosa a su propia manera de construir y defender su realidad.



De esta manera la población presiona para conocer muchos detalles de su padecer, uno querrá reconocer lo que es habitual y las alternativas no habituales; otro pedirá más cautela o nos obligará a ser conservadores, además de que podrán solicitar tiempo para aceptar las cosas; también darse el caso, de un tercero que prefiera no conocer demasiado y delegar en parte las decisiones a tomar. Todas ellas pueden ser formas autónomas de acercamiento al hecho de vivir su enfermedad. Pero, precisamente para asegurar que sean realmente autónomas, debe existir, antes de cada actuación médica importante, una ocasión franca de que la voluntad del enfermo haya podido manifestarse con libertad, con toda la competencia de que sea capaz y con la información que precise para ello en aquel momento.

Por tanto, los profesionales, ahora más que antes, debemos acostumbrarnos a detectar necesidades y a aumentar nuestra sensibilidad para adaptarnos a ellas. No puede aceptarse que la comodidad, la premura o torbellino de la medicina defensiva lleguen a sobrepasar las necesidades del enfermo, entre otras cosas porque esta actitud impide una correcta comprensión (que siempre debería ser esperada en un profesional) del hecho clínico y, además, porque, en la práctica, crea insatisfacción personal; y los profesionales temerosos harían bien recordando que es precisamente la insatisfacción o la propia incertidumbre o duda, la que acaba generando más problemas. Un botón de muestra de la alerta que provoca esta confusión es el mal uso que se le da al consentimiento, al darle atribuciones que no tiene en cuanto a eximir de responsabilidades al médico tratante.

Las prácticas que más evidencian el olvido, o el desprecio, del verdadero objetivo del consentimiento informado en aras a un requisito puramente legal son, en primer lugar, el hecho de que la entrega de la información escrita sustituya a menudo al auténtico diálogo y, en segundo lugar, el primar la exhaustividad de la información sobre su comprensión.

El Convenio Relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa, precisa que la información que debe recibir un paciente previamente a cualquier intervención conforme a la normativa aplicables debe ser «adecuada». Este concepto de adecuación es importante porque indica que necesariamente se haga obvio el esfuerzo del médico por personalizar y particularizar, calibrar la situación objetiva y valorar también la subjetiva en el momento de la información. Es lógico que algunas situaciones impongan por sí mismas formas más o menos rígidas: el consentimiento antes de la práctica médico-quirúrgica «no curativa» exige un plus de información más detallada, extensa, mayor que el que se requiere para un evento simple o menos riesgoso.

No pueden admitirse reducciones tan abusivas como la de acostumbrarse a que la sola entrega de un documento, y su firma, constituyan la base de la relación y de la legitimidad de la actuación médica. El consentimiento informado no pretende llegar a ser un frío contrato legal; esto sería una lectura utilitarista, burocrática-administrativa y unilateral de su uso. Requiere ser fruto, y también semilla, de un proceso de comunicación efectiva, de diálogo de ambos, precisamente más cálido y explícito que antes.

El escrito firmado debe ser sólo una garantía de que el enfermo ha tenido ante sí este evento comunicativo y está debidamente informado y entendió el caso; pero no, de haber aceptado casi coactivamente o bajo presión directa, respecto de una larga lista de riesgos posibles o beneficios esperados, entre otros, sino de haber comprendido la propuesta terapéutica o diagnóstica y su adecuado balance inherente, en cuanto a riesgos y beneficios. Precisamente para el caso de los documentos, se han realizado esfuerzos tendientes a mejorar los escritos, tan es así que se publican metodologías que describen el contenido ideal y se dan algunas recomendaciones generales para su integración, .

La comunicación se debe dar en un ambiente apropiado, con calma y sin interferencias. El lenguaje deberá ser adecuado para la comprensión según el nivel cultural de quienes lo están recibiendo y fundamentalmente se hablará sobre lo que se conoce más de lo que se ignora.

El objetivo fundamental es calmar la ansiedad y fomentar la confianza (no se trata de explicar excesivamente los peligros y los riesgos). Muchos padres creen, de acuerdo a como se desarrolla este acto, que están firmando una autorización para que se realice cualquier cosa con sus hijos, una especie de salvoconducto para que el más imprudente no sea reclamado en términos judiciales y esto no es así.

Obtener el consentimiento para un procedimiento operatorio, no excluye la responsabilidad profesional médica por el daño emergente de una mala praxis.

La esencia del consentimiento es el acuerdo entre las partes, a través de la información y del entendimiento de los actos profesionales, para una libre aceptación de los mismos.

Está claro que a pesar de una buena y adecuada información pueden surgir problemas o dudas al no entender adecuadamente un mal escrito, y más aún cuando su legibilidad sea dificultosa. En muchos procesos diagnósticos o terapéuticos, el peligro puede ser mayor aún que en los ensayos clínicos, porque ante un enfermo ansioso y atemorizado la rutina defensiva cae fácilmente en una coacción cruel, y aquél puede sentir que se le veta su necesidad perentoria de personalización digna.

Se ha convertido en un lugar común en las exposiciones sobre responsabilidad profesional de los profesionales sanitarios la afirmación de su imparable incremento, por un lado, y de su creciente fundamento en la omisión o en la incorrecta obtención del consentimiento informado por otro. Sería sin embargo un error estimar que la doctrina del consentimiento informado constituye un elemento extraño a la práctica médica, impuesto externamente por el derecho y que no significa otra cosa más que un nuevo requisito, un artificio legislativo que lo único que supone para el médico es mayor burocracia, más trabajo, y pérdida de tiempo. Por el contrario, se trata de devolver a la relación médico-enfermo su prístino significado de relación de confianza frente a la tantas veces denunciada deshumanización de la medicina en general y de la relación médico-paciente más especialmente.

Al cumplir la obligación de informar para obtener el consentimiento del paciente al tratamiento, el médico no se limitará a cumplir una obliga-

ción legal y a protegerse contra una demanda de responsabilidad profesional. Por el contrario, estará realizando un acto clínico, elevando la calidad de la asistencia y propiciando que la relación médico-paciente se asiente en unas bases que conducirán a su mejor éxito: además, se supera la vieja consideración de que lo que importa ante todo es el bienestar del paciente y se sustituye por el llamado principio de autonomía, es decir el sometimiento voluntario a un tratamiento médico por su libre y soberana decisión, tratamiento además en el que deberá ser considerado como sujeto de derechos y deberes, que incluyen no sólo su salud, sino también el respeto a su dignidad humana e intimidad.

Ricardo De Lorenzo

Debemos ser más conscientes de que estamos ante un dilema, colectivo y personal. O imponemos a cada paciente unas pautas rutinarias y defensivas con la intención ilusoria de llegar a contratos seguros, o emprendemos un esfuerzo para comprender mejor y adaptarnos a una nueva situación, ya horizontal y más dialogante, aceptando su variabilidad cultural e individual y, claro está, su inseguridad. Para esta segunda opción, que es la que preferirían nuestros pacientes, debemos basarnos y profundizar en los pilares radicales de la relación clínica: en la necesidad de ayuda por parte del enfermo y en la capacidad para prestarla por nuestra parte; en su confianza por un lado, y en nuestro respeto para con sus valores por el otro. El reto es, pues, moral: cómo entendemos y asumimos el alcance de nuestra competencia profesional sobre este tema de cara al futuro.

Como dice el Dr. Federico Pèrgola en un capítulo del libro Metodología del Trabajo Médico y Científico:

*...»el médico de hoy debe limitarse a la investigación y al tratamiento con la mayor corrección técnico objetiva y al diálogo consciente con el enfermo.*

*Todos sus informes deberán ser correctos y veraces.*

*Es preferible callar antes de emitir respuestas falsas.*

*No se pretende que el médico tenga que revelar brutalmente la verdad, todos sabemos que en ciertas ocasiones la verdad puede perjudicar al paciente que no esté en condiciones de soportarla.*

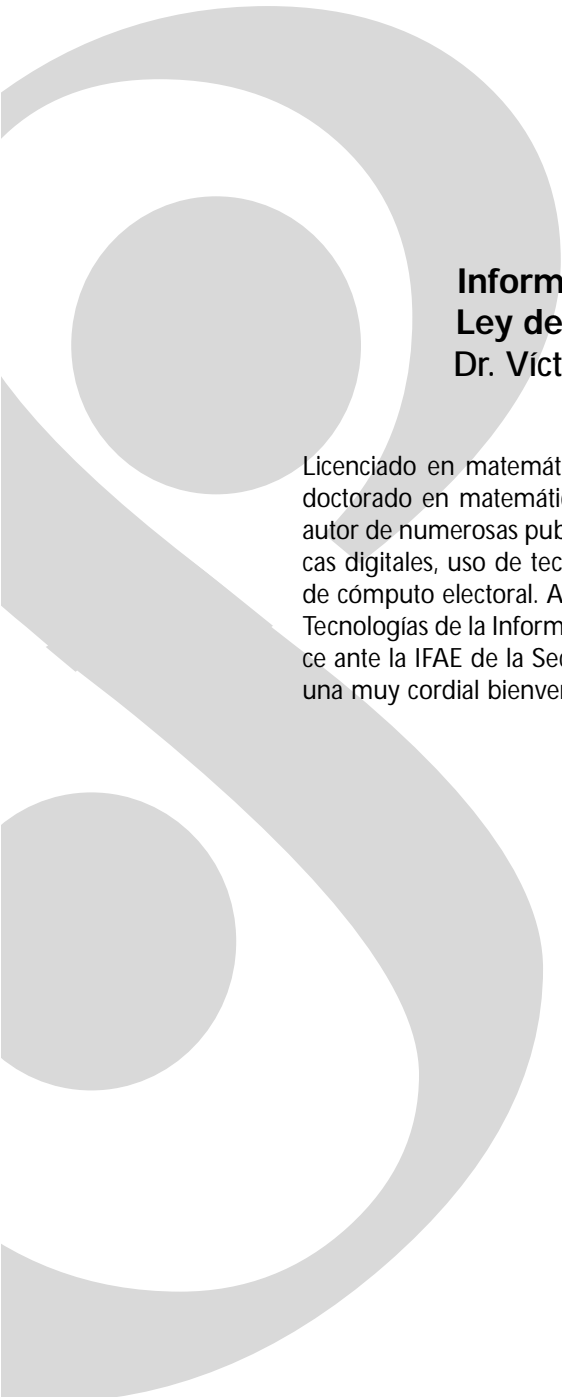
*Por tanto el médico de hoy no sólo debería pensar muy bien sus palabras, sino que antes de hablarle a sus pacientes tendría que considerar siempre:*

- 1. Si sus palabras serán útiles al enfermo*
- 2. Si son absolutamente ciertas*
- 3. Si es necesario pronunciarlas y*
- 4. Si son totalmente desinteresadas...»*

Queda claro que el justo equilibrio del profesional se halla entonces a mitad de camino entre no decir más ni menos, no preocupar, pero tampoco minimizar situaciones.

El sentido común y la inteligencia práctica del médico producirán un informe final elaborado para cada paciente en particular.





**Información Clínica y  
Ley de Transparencia  
Dr. Víctor Guerra Ortiz**

Licenciado en matemáticas por la UNAM con maestría y doctorado en matemáticas aplicadas en la Rice University, autor de numerosas publicaciones en matemáticas, bibliotecas digitales, uso de tecnología en la educación y sistemas de cómputo electoral. Actualmente, es Director General de Tecnologías de la Información y titular de la Unidad de Enlace ante la IFAE de la Secretaría de Salud, a quien le damos una muy cordial bienvenida. Gracias.



Antes que nada agradezco a todos ustedes y a los organizadores de este Simposio por haberme invitado. Es un honor estar con ustedes para presentarles cuál es la política de desarrollo informático de la Secretaría de Salud y cómo la Informática puede ser un instrumento muy importante para el mejoramiento de la calidad y de la cobertura de los servicios que debemos prestar.

Me pidieron que hiciera la presentación en dos partes, la primera que se refiere a las políticas informáticas de la Secretaría y la segunda es cómo la Secretaría ha puesto en marcha los instrumentos para dar cumplimiento a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Entonces comenzamos.

Destaca mencionar que no es hasta la presente administración cuando se crea una Dirección *ex-profeso* para atender las tecnologías de la información en la Secretaría. Es conocido, seguramente, de ustedes tanto como de un servidor, que la Secretaría o el Sector Salud, salvo excepciones, cuenta con un desarrollo informático bajo y una cultura informática baja. La instrucción que nos manda dicha ley y el Secretario Frenk -que es quien tuvo la iniciativa de crear la Dirección de Tecnologías de la Información- es pues, darle una vuelta a esta situación y en ese sentido, pues, hemos estado trabajando en algo más que crear una normatividad, porque son las cosas que creemos que son buenas, crear un liderazgo entre todos los que saben Informática en la Secretaría, que son muchos, para encontrar un común denominador para el desarrollo de esta tecnología de apoyo.

Los resultados son acordes con las políticas de los tiempos y de la propia Presidencia de la República: crear un portal de la Secretaría con amplia información útil a la sociedad e introducir al mayor número de personas al uso de esta herramienta. También utilizar los desarrollos del mercado actual en provecho de nuestra institución; esto es, no usar una tecnología diferente a la tecnología que se está desarrollando, a la que está disponible y por supuesto la que es barata, para multiplicar nuestros recursos.

Ahí hicimos un cambio a la Red, REDSA, Red de la Secretaría de Salud, que era una red propia del tipo estrella, por una red basada en los estándares de Internet. Como ha sucedido muchas veces, incluso en las guerras, el estar conectado a Internet permite la comunicación a pesar de todo y el no estarlo, vuelve muy vulnerable nuestra situación, además costosa y de poco provecho.

En el software, estamos proponiendo y convenciendo que entremos en un esquema de club de software. Voy a hablar más en un momento pero la idea es que los programas y paquetes que compre el sector, los compre una sola vez y los compre para todo el sector y no estemos comprando servidumbres que año con año o paquete a paquete queremos y tenemos que volver a comprar una y otra vez. Quiero explicar esto un poco más porque en estos tiempos que hay que cuidar más los recursos que nos da la sociedad, es muy importante encontrar caminos que nos lleven a este propósito.

El desarrollo de la infraestructura es muy importante, una de nuestras políticas se resume en que hay que maximizar el número de computadoras; esto es com-

prar más computadoras para que más personas entren en esta dinámica en lugar de comprar pocas altamente sofisticadas. De cualquier manera, las computadoras modernas son poderosísimas, son la envidia de las computadoras más grandes de hace una década. Claro, todos debemos tener un BMW, es lo que la Secretaría nos debió de dar pero nos dan un Tsuru, con trabajos y nos dicen que con ese puedes caminar, puedes ir y venir a tu trabajo, gasta poco y aguántate que no tenga los botoncitos tan bonitos y que no vayas en la comodidad que podrías en otra cosa.

Entonces, si esta austeridad -quisiera llamarla racionalidad- del uso de la tecnología, esta prudencia del uso de la tecnología, la debemos llevar a todos los campos de la materia. El programa de capacitación es muy importante, el programa de capacitación en dos vertientes, la presencial y la que cada día cobra más relevancia que es la capacitación a distancia y la auxiliada por medios tecnológicos.

En cuanto al portal de Internet, quisiéramos destacar que en el se ve lo que la sociedad está demandando de su sector salud: un portal que no tenía prácticamente usuarios hace 2 años, hoy estamos teniendo cerca de medio millón de hits, lo cual se traduce en más de 10,000 personas al día que consultan alguna información, que entran a realizar algún trámite, que todavía son pocos pero recordemos que a nivel mundial, una tercera parte de las personas que usan el Internet lo hacen para consultar algo sobre la salud, que va desde las dietas, saber qué es una enfermedad, consultar qué es un medicamento y muchas cosas más; entonces tenemos una responsabilidad muy importante de brindar a la sociedad esta información, nos dicen que no hay Internet en todos lados. Yo lo empiezo a dudar, no hay pueblo de este país al que haya ido y no haya uno o dos cafés Internet o más y todo el pueblo esté en las tardes, cuando baja el sol porque generalmente hace mucho calor, haciendo cola para entrar a Internet, mandar un correo, comunicarse con un amigo, ver algún producto en el que están interesados, etc. Realmente la transformación, la revolución del uso de las comunicaciones ya está en nuestro país y el que no tengamos en nuestra casa las conexiones, no significa que la población no tenga acceso.

El número de archivos: estamos cerca de 150 mil archivos y esto es muy interesante. Una de las formas de inducir el uso de esta tecnología fue brindar un servicio de claves de correo electrónico gratuitas a todos aquellos que pertenezcan al sector salud. Debatimos si se trataba de una política correcta porque podría haber mucha gente abusiva que usara los recursos del estado para sus correos personales. Nadie ha abusado de estas claves de correo electrónico. Si son trabajadores de la Secretaría, de los estados, de las Secretarías de los estados pero también son estudiantes de medicina, también son gente que trabaja en farmacias y qué mejor que estas personas utilicen este correo electrónico digno, serio que su Estado pone a su disposición. Estamos creciendo en 1000 personas al mes aproximadamente y ya están cerca de 30,000 personas utilizando este servicio, con 16,000 correos que se envían.



Este es un instrumento de productividad, de beneficio para todos y qué bueno que se da. Debo decirles también que es muy económico. Ustedes saben que el disco para guardar información es baratisimo en estas épocas, el uso del Internet es muy económico y todo el software que usamos es de dominio público y por lo tanto no implica pagos de regalías.

En el club de software, la idea es compartir lo que se hace, aprovechar lo que se tiene y bajo ciertas reglas de convivencia mínimas y voluntarias. Cualquier sistema informático que se genere para la Secretaría debe hacer a la institución dueña del mismo, dándole independencia tecnológica, autonomía para distribuirlo, modificarlo, instrumentarlo, etc. Lo cual quiere decir que el código fuente que adquiramos como estado mexicano, pues es eso, es un código fuente de este Estado y si va a beneficiar también a un hospital privado, pues que bueno, tendremos un país más productivo, más útil y esto que hemos hecho, pues lo hacemos con los recursos de todos. Entonces los códigos deben estar disponibles con su documentación, debemos tener programas de capacitación y en todo lo que sea posible, utilizar paquetería libre y estándares internacionales. Piensen esto más como una caja de herramientas que como un lineamiento que dice éste es el software bueno y es el que tienes que usar.

No, no estamos hablando de que sólo sea un paquete para cualquier proceso que estén ustedes pensando. Estamos pensando que puede haber dos o tres paquetes diferentes de origen, de genealogía diferente. Es bueno que convivan, es bueno que haya una cierta competencia pero que ellos sirvan a otras dependencias, a otras entidades para generar su propios desarrollos informáticos. Y que si ya alguien desarrolló un sistema de control de farmacia, no tengamos que volverlo a desarrollar una y cien veces y no tengamos que estar perdiendo el tiempo en algo que ya se hizo y usemos ese tiempo en algún sistema de archivos, en un sistema de manejo de imágenes, en un sistema de telemedicina, etc.

Hemos sembrado 4 aplicaciones, una de ellas está ya en la página y la pueden bajar que es la que denominamos administración hospitalaria, en realidad es un embrión de administración hospitalaria pero representa ya el 70% de lo que se necesita y esperamos que conforme lo empiecen a utilizar, se empiecen a construir las partes que faltan.

El siguiente por su importancia, es una aplicación de control documental y de proyectos. Lo que hacemos en algunas áreas de la Secretaría es que cada documento que llega se digitaliza, se le hace una pequeña ficha, una ficha muy sensata de acuerdo a los conocimientos de las personas que procesan la documentación e igual, todo documento que sale de la Dirección General, para hablar de un caso particular y que es donde yo trabajo, queda digitalizado y en cualquier momento lo podemos recuperar muy rápido.

Podemos decir hoy, hace dos años yo me acuerdo que le envié una carta a nuestro amigo Luis Miguel Chong del Seguro Social, con quien por cierto hemos logrado un grado de cooperación extraordinaria a lo largo de muchas de estas líneas y se lo reconozco y agradezco. Venimos de un Simposio Nacional de Informática de la Secretaría y él nos prestó sus instalaciones porque hubo mucha

gente y ya no cabíamos en Lieja; entonces mi secretaria o yo mismo o algún ayudante entra en este índice por texto completo o buscando por IMSS o buscando por el nombre de la persona; dice aquí hay dos documentos, me parece que éste es el que usted quiere, lo quiere ver en la pantalla o se lo imprimo, generalmente pido que me lo impriman, no estoy tan peleado con el papel, lo leo, lo tacho, le escribo cosas y de ahí sale otro trabajo vs lo que pasaba en mi oficina anterior y era cosa de buscar archiveros y lo del año pasado ya lo mandamos a la bodega de abajo y lo de hace 3 años ya está en un archivo muerto.

El sistema tiene muchas cosas más de éstas. El documento se puede redirigir a alguien, se puede delegar, se pueden poner banderas para llevar el control de cuando debe regresar esa respuesta, etc.

El siguiente sistema, el último de la lista es un sistema de información estratégica. Es un minero de datos: tenemos por ejemplo, una base de datos como la que tiene el Secretario de Salud que es información estratégica del sector, mortalidad, morbilidad, infraestructura física, todo y con este sistema puede construir instantáneamente la tabla que quiera cruzando los datos que en ese momento sean interesantes. Entonces estos libritos que llevan nuestros Secretarios a veces, cuando van de visita a un lugar, que la noche anterior se los hacen con mucho trabajo humano y a veces no con la información totalmente actualizada; con este sistema se puede generar muy fácil y rápidamente.

Claro, estamos hablando de información estratégica, pero se puede usar para muchos otros bancos de datos donde lo que haya es precisamente eso, información y quiere verse de diferente manera.

El último que no les he mencionado es un sistema de control de licitaciones. Sé que ese no es de tanto interés para el sector pero ahí está. Estamos trabajando también en la tarjeta electrónica para el seguro popular para controlar sobre todo medicamentos y recetas.

El software de administración hospitalaria no depende de una base de datos comercial, depende de VosGress y depende de Linux. Funciona en 20 hospitales, se está poniendo en funcionamiento y maneja la consulta externa. No tiene módulo de farmacia, ni el módulo de urgencias pero usa los catálogos estándar del sector, no sólo el de medicamentos sino la CIE10, CIE9 que de una forma muy amigable al médico, le permite encontrar el padecimiento, ya sea que se acuerde de una palabra, ya sea que se acuerde de un sinónimo, como sería angina de pecho y todo eso le lleva a cuáles son los padecimientos, él lo identifica, queda plasmado en el expediente clínico, afortunadamente ya tenemos la posibilidad de hacer expediente clínico digital a partir del 23 de agosto de este año, pero si no fuera el caso, se imprime la hoja, se firma y sigue el proceso que siempre debe seguir.

La idea es que el dato que se genere en un hospital, se capture en el mismo lugar que se está generando. La recepcionista a la hora de dar una cita al paciente, pues ahí captura el nombre, los datos que ustedes saben y nunca más se vuelve a capturar ese dato mientras ese paciente esté en este trámite. Cuando se da el medicamento, el medicamento queda catalogado, queda identificado, es

la información primaria para hacer recuperación de recursos, es el documento primario para seguro popular, etc. La idea es que haya una computadora en cada lugar donde está el médico, en cada consultorio y el cálculo que hemos hecho es que si una clínica tiene X consultorios, el número de máquinas que se requiere en esa unidad es 1.5 veces dicho número. Estamos trabajando en unidades hospitalarias de 15-18 consultorios y con 25-28 máquinas se tiene para hacer el registro, la agenda del médico, el expediente, imprimir todos los datos en impresora, guardar registro, etc.

Ya de ahí, hacer el módulo para controlar una sala o para controlar urgencias es sencillo. Lo difícil era la hoja clínica de acuerdo a la norma 168 y ese es el proyecto.


En cuanto a la renovación de la red, ¿Cómo podemos utilizar mejor nuestros recursos para tener más ancho de banda, y así poder llegar a más lugares?

Ojalá y ese sea el proyecto de la Secretaría, que al acabar esta administración haya telecomunicaciones en cada unidad médica del país.

Estamos probando las antenas satelitales de México en 165 unidades médicas distantes que permiten una serie de servicios de comunicaciones muy importantes y eventualmente son la base para hacer lo que hemos llamado Tele-salud, que tiene 4 componentes: que la administración sea eficiente, lo podríamos llamar Tele-administración, solicitar inter-consulta, capacitación a distancia y eventualmente se pueda hacer diagnóstico.

La Ley de Transparencia ¿Por qué la Unidad de Enlace de la Ley de Transparencia está en la Dirección de Informática? Pues porque si los archivos de nuestras entidades están bien resguardados, están digitalizados, lo que pregunte la sociedad debe poderse entregar automáticamente vía Internet, mientras llegamos a esa situación, muchos de ustedes habrán participado en resolver una serie de preguntas que nos hace la ciudadanía y que mientras no estemos informatizados, vamos a tener que poner a alguien a recabar esa información, a depurarla y a entregarla. La idea es que la información esté en formatos digitales, que esta información esté clasificada en información pública que es la mayoría, información confidencial que es la que se refiere a un individuo o información reservada que es la que se refiere a aspectos de seguridad nacional y de una serie de cosas que no deben estar a la vista de todo mundo por la capacidad que esto tendría de crear algún problema pero también, general, ésta es la mínima parte de la información.





## **Expediente Clínico Electrónico**

### **Lic. Luis Miguel Chong Chong**

Es Licenciado en Informática por el Instituto Politécnico Nacional. Maestría en Dirección de Empresas del IPADE, Postgrado en Desarrollo Tecnológico, Tecnologías de la Información y Comercio Electrónico en Stanford y Harvard. Profesor de Licenciatura y Postgrado en Informática del Politécnico Nacional, Sistemas y Planeación de la Universidad Iberoamericana y Comercio Electrónico por el ITAM. Ha sido Coordinador General de Tecnologías de la Información de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Director de los Servicios Corporativos de PEMEX. Fue Director de líneas de negocios en UNYSIS de México y en 1997 Oracle Corporation le entregó el premio System Integrator of the Year. Actualmente es Director de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS.



Buenas tardes todos. Déjenme platicarles un poco sobre el entorno general antes de entrar al tema de expediente electrónico y los sistemas de información. Si bien al Seguro Social, nos conocen como una institución de salud, porque brindamos a través del régimen ordinario, servicio a 46 millones de personas y a través del régimen subsidiario -que es IMSS Oportunidad- brindamos servicios a alrededor de 11 millones de personas. El Seguro Social al inicio de esta Administración era una empresa totalmente diversificada, lo mismo atendíamos niños en guarderías que centros deportivos, centros vacacionales, centros de convenciones, funerarias, tiendas, administramos reservas por alrededor de 50 mil millones de pesos, tenemos el 50% de AFORE XXI que es la segunda más productiva del sector, más o menos administramos las pensiones de 2 millones de personas, de acuerdo a la Ley 73. Si bien es reconocido por todos, nos veían como una institución de salud y no veían que también teníamos problemas o áreas operativas que nos iban sangrando, en las tiendas se perdía dinero y ese dinero que estábamos perdiendo nos restaba recursos a las áreas médicas.

Un poquito el entorno, esto es común para todos pero el perfil epidemiológico que existía cuando nació el Seguro Social, en donde atendíamos enfermedades gastrointestinales, enfermedades de las vías respiratorias, tosferinas, difterias, era más económico de tratar en ese entonces y el modelo económico fue desarrollado, fue diseñado para atender ese tipo de padecimientos conforme la edad promedio o la esperanza de vida de la población se incrementó de 58 años y subió a 78 años para el caso de las mujeres, 75 para el caso de los hombres, se incrementó pues aparecieron nuevos padecimientos, por supuesto más costosos: padecimientos renales, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus también, sobre todo obesidad. La gente empezó a alimentarse mejor en México y empezaron a aparecer las barriguitas y otro tipo de enfermedades y por supuesto el costo de atención se fue incrementado.

Para que tengan idea, de los 46 millones que atendemos en el régimen ordinario hay 14,000 personas que se llevan el 10% del presupuesto que son los VIH positivos. En este entorno también hay que sumar otros factores adicionales: la población económicamente activa está creciendo más rápido que la capacidad de la economía para generar más empleos; por otro lado, la mujer se está incorporando cada vez más al trabajo. Cuando nació el Seguro Social, el 2% de las mujeres de este país trabajaban, hoy el 48%. Me refiero a mujeres en una edad para ser económicamente activas.

Al inicio de la Administración, el Presidente nos planteó 6 grandes líneas estratégicas de acuerdo a la problemática que tenemos en el Seguro Social.

La primera tenía que ver con dar una transparencia a la gestión financiera del Instituto; segunda, tuvo que ver con la incorporación de tecnologías de la información en todos los procesos sustantivos del Instituto; tercera, la creación del servicio civil o profesional de carrera; cuarta, una orientación hacia la calidad y el servicio a clientes; quinta, hacer de la gestión del IMSS una caja de cristal, que todo mundo pueda ver qué pasa adentro y sexta garantizar la sustentabilidad financiera a mediano y largo plazo a través de la creación de reservas.

Por otro lado, el Presidente envió al Congreso durante el año 2001 una serie de reformas y adiciones a la Ley del Seguro Social que nos permitieron integrar una serie de proyectos de desarrollo tecnológico adentro del Instituto. En la Ley, que por cierto fue aprobada con el voto unánime de todos los partidos, tanto de la Cámara de Diputados como de la Cámara de Senadores, se incluyeron 5 aspectos básicos que nos permitieron crear este programa de desarrollo tecnológico.

El primero, en la Ley se explicitó la obligatoriedad del Instituto para dotar a sus derecho habientes con un expediente del paciente. Ahora les voy a platicar qué hay alrededor de eso. Segundo, la integración del concepto de firma electrónica, tiene que ver con la forma de garantizar que los documentos que escribe cada persona, incluyendo las notas médicas, tengan una firma que los garantice y que tenga la misma validez que la firma autógrafa. Y tercero, que las transacciones electrónicas tengan la misma validez jurídica que las transacciones presenciales. Cuarto, la utilización del CURP para sustituir el número de seguridad social y quinto, la emisión de un medio de identificación única para derecho habientes, de lo que ha surgido una iniciativa del gobierno federal para crear lo que se llama el Sistema Único de Identificación Oficial, y como lo mencionaba Víctor hace rato, es una tarjeta multipropósito; aparte de tener la foto de todos nosotros, puede tener monederos, puede recibir beneficios del gobierno o servir para contar con datos médicos básicos de cada paciente y podamos intercambiar datos entre las distintas instituciones del sector salud.

A partir de esta Administración hemos agrupado al Seguro Social, en 3 grandes líneas de negocio o 3 grandes áreas estratégicas; por un lado: hay que traer recursos para poder sobrevivir, que es la parte de incorporación y cobranza; la segunda, la parte más noble, que es la de prestaciones médicas y la tercera, hay una parte muy interesante que tiene que ver con el pago de las pensiones y hay áreas que fueron sub-utilizadas. En aquel concepto de la seguridad social de los años 60 y 70, se crearon Centros de Seguridad Social, Centros Deportivos, pero nunca hubo un programa integral para crear ciertos sistemas de salud que incorporaran la parte preventiva más que la parte curativa.

Vamos a ver cómo hemos ido evolucionando en este periodo.

Hablaré un poco sobre las premisas básicas operativas de cómo estamos. Tenemos alrededor de 120 millones de eventos médicos al año; más o menos el 85% de la población que atendemos acude por lo menos una vez al año a una unidad de medicina familiar. Esto no es ningún secreto, de 1982 al 2002 existió el mismo presupuesto de inversión, en el mejor de los casos o menor, cada año; o sea que nunca se incrementó ni en términos reales ni mucho menos en términos nominales.

Al país le resulta más costoso tener un enfoque netamente curativo. De nuestro presupuesto médico, únicamente el 1% lo dedicábamos a medidas preventivas y el 99% a medidas curativas, la verdad es que no hay presupuesto que alcance para ir compensando tendencias o nuevas enfermedades o nuevos padecimientos y por otro lado tenemos la presión de nuevas patentes y nuevos medi-



camentos; entonces decimos ¿Por qué no invertimos más dinero de lo que tenemos en la parte preventiva? Y es ahí donde aparece la necesidad del expediente electrónico del paciente. Tradicionalmente en nuestro país, por las razones que sean, las medidas preventivas fueron tipo Rambo y salir con escopeta. Tiene sus ventajas, porque el país tuvo programas de vacunación súper exitosos, pero para poder atacar desde el punto de vista de economía de la salud ciertos problemas específicos que tenemos en costo de atención, ya no eran tan efectivas este tipo de herramientas.

Tenemos que personalizar, o al menos dar los primeros pasos para ir personalizando la atención a nuestras personas ¿Cómo podemos personalizar la atención de 46 millones de personas? Materialmente es imposible.

Para los que hayan tenido la oportunidad de visitar una unidad médica del Seguro Social, saben que la mayor parte de las unidades tienen paredes y paredes llenas con expedientes médicos, pero si alguien cambia de domicilio, pierde su expediente médico y crean otro expediente en otra unidad. Si alguien va a un hospital de segundo nivel, le crean otro expediente, si alguien va a un hospital de tercer nivel le vuelven a crear otro expediente.

No solamente eso sino que una persona puede llegar a tener varios números de seguro social durante su vida, cuando nace, el número de seguridad social del papá o de la mamá, cuando trabaja otro y cuando ya no está trabajando, el número de seguridad social de cualquiera de sus hijos o quien lo mantenga ¿Cómo podíamos entonces tener un programa enfocado para ir lanzando nuestros programas preventivos?

Por un lado, prestaciones médicas lanzó la iniciativa que habrán visto en los periódicos de PREVENIMOS; vamos a ir orientando y creando conciencia en nuestras personas primero a través de cartillas; que la gente sepa que si es un niño de entre 0 y 12 años, debe de tener un checklist o una lista de cocina de que es lo que hay que hacer; si es un adulto de más de 40 años qué es lo que tiene que hacer y lo hicimos con papelitos y con tarjetas. La idea es que este seguimiento lo vayamos haciendo a través de sistemas de información y es ahí donde nace el modelo de medicina de familia.

El modelo de medicina de familia pretende que todas las unidades de medicina de familia del Seguro Social, antes de que termine la administración, estén computarizadas y tengan varias aplicaciones, que tengan una agenda tradicional de citas para que más o menos administremos los tiempos, pero que tengan la parte sustantiva para poder lanzar estos programas enfocados, que son el expediente electrónico y éste. Dependiendo del contexto, si es primer, segundo o tercer nivel, tiene distintas fuentes de alimentación pero todo coincide en que tiene un gran repositorio central o un gran depósito de datos donde todos los eventos médicos de las personas, desde que nacen hasta que fallecen, se van a ir registrando. ¿Qué va a suceder? Imaginemos un escenario dentro de 7 ó 10 años donde en lugar de que estemos cachando a las personas, digamos: Sra. González, ya sabemos que usted tiene 22 años y hemos visto que no ha visitado a su ginecólogo en los últimos 2 años, la invitamos a que pase, es más, le ofrecemos

que vaya tal día o Sr. González, le tenemos una buena y una mala, hoy que acaba de cumplir 40 años, estamos felices y hay que darle gracias a Dios, la mala es que mañana tiene que visitar al proctólogo. Ese tipo de cosas no son imposibles en nuestro país. La tecnología existe, y a la larga le damos mejor calidad de vida a nuestros derechohabientes. Aparte de eso, existe el modelo de seguimiento de PREVENIMSS que está ligado al expediente electrónico, conformado básicamente por un módulo administrativo y un sistema de soporte a decisiones. Lo que estamos haciendo ahora es poner una PC por cada 2 asistentes médicas pero dependiendo de las donaciones que podamos conseguir, la idea es que haya una PC por cada asistente médica. Todo se concentra en grandes depósitos centrales que tienen 2 propósitos: por un lado, garantizar que el historial médico esté disponible en todo el país, en todos los puntos de servicio y que también pueda ser intercambiado con una serie de procedimientos comunes o normalizados y podamos intercambiar información con otros institutos de salud o con el ISSSTE o con cualquier entidad privada, pero para eso tenemos que hablar el mismo lenguaje.

No estoy hablando ni de tecnologías ni de proveedores de cómputo, sino que tenemos que entendernos con una serie de reglas, ahora voy a platicar que hemos hecho. Y la otra, el rol de los ombudsmen. CONAMED es uno de los casos, siempre puede haber errores cuando hay trato humano, y en estos casos tenemos que crear ciertos mecanismos para que entre supervisores externos, puedan dar la razón a una u otra parte en caso de que haya divergencia de opiniones.

Lo que estamos creando es un gran repositorio central, esto es una especie de notaría electrónica donde se están depositando todos los eventos médicos, de tal manera que algún día, cuando haya algún problema, pueda llegar un ombudsman, abrir con una llave, ver el expediente directo, sin tener que recurrir a ningún intermediario y tomar mejores decisiones con hechos.

¿Cómo trabaja? Aparte del modelo de medicina familiar, tenemos algunos módulos adicionales, como es la vigencia de derechos y tenemos algún sistema financiero. Tenemos equipos en consultorios para asistentes médicas, uno para el director de la unidad y sobre todo para el control de prestaciones e incapacidades.

Estamos trabajando con el modelo de cita previa. Hoy tenemos 53 unidades en operación, esperamos que antes de que termine diciembre estén operando 107 unidades, las de mayor tamaño, algunas de 40 ó 50 consultorios que representan el 35% de la población atendida.

La naturaleza no da saltos dicen, efectivamente, a la gente le está costando utilizar los sistemas de cómputo. Los grandes proyectos de expediente electrónico o de sistematización a nivel nacional han tenido su maduración después de 3 ó 4 años.

Aquí ha habido cosas excepcionales, pero no quiere decir que como estamos empezando y ha habido resultados excepcionales: así va a seguir la tendencia en el instituto. Nosotros asumimos que ahora está pasando lo que llaman el efecto halo. Todo mundo le pone atención a las 50 unidades que ahora se están sanean-

do. Todo mundo se luce para salir en los documentales, en los videos, todo y todo mundo trabaja muy bien, pero conforme vayamos permeando esto, vamos a encontrar un poquito más de resistencia al cambio. Más o menos esperamos que madure de 3 a 4 años.

Al inicio de la Administración en nuestro país no había estándares para expediente electrónico mientras que en todo el mundo hay una serie de estándares para intercambio de información e interoperabilidad.

Lo primero que decidimos hacer es: pues si no tenemos, hay que copiarlos y la verdad decidimos usar un estándar que se llama HL7, algunos de ustedes nos han estado enviando e-mails. Lo que hace es tener un lenguaje común independientemente de si tienes base de datos de Oracle, de software libre o lo que sea, una serie de mensajes comunes entre aplicaciones para garantizar el tratamiento de los pacientes. Así un paciente que de repente lo tratan en el Hospital 20 de noviembre, al ratito lo tratan en especialidades del Siglo XXI y va a tener una intercambiabilidad de información y un formato común.

Definimos el Estándar HL7 (que es un subconjunto del lenguaje XML) como lenguaje oficial para intercambiar los datos pero también definimos un estándar de cómo representar los datos que se llama SICAQ, que dependiendo del contexto médico, se abrían unas pantallas preciosas como pantallas de piloto de avión, que cuando las quisimos implementar, fracasamos. En realidad es lo que se ha probado en todo mundo, que es lo más ergonómico en Estados Unidos, en Australia, en Nueva Zelanda que tiene iniciativas grandes inclusive en el Reino Unido, han visto que a todo el mundo le gustaría tener eso pero resulto como los carros EXCEL de Ford que le pusieron todo lo que todo el mundo quería y a la hora de usarlo, nos sirvió poco. Casi nos linchan, entonces tuvimos que hacer algunos cambios en cómo presentábamos las pantallas a nuestra gente para que lo pudieran aceptar.

El Profesiograma que es una especie de descripción de puestos que tenemos y es el que nuestras asistentes médicas pueden manejar archivos y hasta escriben qué tipo de archivos. Lo que hicimos es cambiar; nos generaba una interfase muy bonita que podría competir por premios de diseño en cómputo, pero no nos sirve de nada. Tuvimos que diseñar un archivero que se pudiera abrir y pudiera sacar un expediente por su lengüeta. Y de ahí nace este tipo de pantallas. Aquí seguimos utilizando los mismos expedientes con su lengüeta con el broche pero todos los datos los estamos registrando en la computadora.

La agenda de citas es idéntica a la agenda estándar para manejar las citas, tiene un mecanismo altamente ergonómico formado por 3 argollas, sirve muy bien para que las hojas no se nos separen, le podemos dar vuelta, y no se nos separan las hojas en la computadora o inclusive para la gestión de las incapacidades, tenemos una especie de tableta que es como fibracel que arriba tiene un broche y la emulamos también en las pantallas.

El nivel de aceptación; yo sé que todos se mueren de risa, pero también hay que reconocer que muchos de los médicos que empezaron a usar este sistema, nunca habían utilizado una computadora y ya no les digo; los médicos, muchos

se meten a Internet y todo, pero las asistentes médicas seguían usando máquinas de escribir manuales. Imaginense el shock cultural que de repente llega un chino y les pone computadoras a todo mundo; la verdad es que la gente se nos iba para atrás. Lo que empezamos a hacer es algo muy sencillo; señores, trabajen como están las cosas, no vamos a seguir el estándar de SICAQ. Pedimos 18 meses de gracia para no usar y no perder las certificaciones y vamos a trabajar con lo que ustedes conocen.

Hay de todo, no crean que aún así todo se acepta, hay problemas sindicales, usan las computadoras para negociar categorías, pero es marginal. Por lo general existe una actitud a hacer más cosas y existe una serie de expectativas muchas veces sin capacidad de ser atendidas porque la gente empieza a ver más y más aplicaciones pero muchas veces no tenemos la capacidad para reaccionar a ellas.

Vamos a hablar ahora sí del expediente. Ésta es una de las llaves de entrada; así como lo son los sistemas hospitalarios o los GRD's. Dentro del expediente electrónico decidimos un estándar que se llama HL7 pero también tuvimos que definir una serie de estándares para poder ahorrar en imagenología. Con los equipos que teníamos de rayos-X por ejemplo, el 18% de lo que hacíamos era reproceso, o sea, tirar placas, tirar material de revelado; nos salía más económico ir digitalizando los servicios, más o menos lo que hemos visto es que el error de 22 meses nos conviene y hay un payback para los equipos digitales con la gran ventaja de que las imágenes del primero, segundo y tercer nivel pueden ser intercambiables. No tengo que hacer estudios de nuevo en cada uno de los niveles. Lo mismo ha sucedido con los sistemas de laboratorio y con los sistemas de radiología.

El estándar de SICAQ, la verdad, nos lo tuvimos que guardar en la bolsa unos 2 ó 3 años y estamos saliendo con un estándar que no necesariamente es SICAQ pero todo el protocolo de intercambiabilidad de datos atrás es HL7.

Aquí hay que reconocer a la Dirección Jurídica, el área de Ruelas, estuvimos luchando, metimos la ley del expediente electrónico donde estuvimos modificando entre todos la Norma Oficial Mexicana para que nos aceptaran usar el expediente electrónico.

Para la parte de imágenes definimos como estándar DICOM. Todos los proveedores que venden equipo digital permiten exportar las imágenes en DICOM.

El modelo funciona en línea. Nuestro modelo de operación del Seguro Social se basa en que todas nuestras unidades médicas de régimen ordinario, todas hoy están en línea. Después de Teléfonos de México, tenemos la Red con mayor cobertura y ancho de banda, pero la Red más económica también del país para transmitir todo esto. Hicimos algunos trucos que otro día platicaremos.

La idea es que a través de esto se ligen todos los servicios médicos, una Red privada virtual y entren al expediente electrónico, el cual en forma primaria reside en Monterrey para todo el país y el espejo está replicado en la Ciudad de México, o sea, no hay temblores, no hay inundaciones pero Dios no quiera, algún día se nos cae Monterrey, pues por lo menos que tengamos todo respaldado en México en línea.

Y la otra es que creamos un sistema en el cual se nos pueden caer las unidades médicas, la Red de Comunicación; entonces pusimos unos servidores chiquitos que les llamamos de "Cluster" para que podamos dar la atención. Tenemos los últimos eventos médicos de nuestros derecho-habientes pero no tenemos toda la información y toda la imagenología asociada ni todas las pruebas de laboratorio ni todas las pruebas de cualquier otro servicio.

Básicamente nuestro esquema es una plataforma de interoperabilidad común basada en HL7 y todos los sistemas clínicos, de riesgos de trabajo y epidemiológicos están ligados a esta misma plataforma.

La plataforma no tiene nada que ver con marcas.

Para asegurarnos de la integridad de la información, de la seguridad y de un concepto que se llama no repudiación, es decir, yo no firmé esa nota médica; decidimos ir por el concepto de infraestructura de llaves públicas; es una infraestructura común, de hecho ya hay una ley de firma electrónica aquí en el país, la cual habíamos metido en la Ley del Seguro Social y nos permite darle mayor certidumbre jurídica a quienes trabajen con medios electrónicos incluyendo a nuestros médicos con el expediente electrónico.

Básicamente 4 conceptos: garantizar la integridad de la información, garantizar que quien escribe es quien dice ser, garantizar que nadie pueda entrar a los datos y la otra la no repudiación; es decir, yo no hice esa transacción.

No había estándares; decidimos crear un grupo HL7 en México al cual invitamos a todas las Instituciones del Sector Salud, trabajaron varias universidades, recuerdo obviamente a la UNAM, a la ANÁHUAC, a la Panamericana, el ISPAM ha trabajado con nosotros para tener un estándar común de intercambiabilidad de los datos.

Hoy ya tenemos un capítulo México, ya ayudamos a Argentina y España a hacerlo pero lo más importante es que antes éramos netamente receptores de estándares; hoy el estándar para bancos de sangre y para hemodiálisis fue desarrollado en México y lo están utilizando en otras partes del mundo. Ese es el estándar mundial y ya nos tocó compartir un poquito después de todo lo que nos gorreamos.

Laboratorios, sistemas de laboratorios, es lo siguiente que estamos liberando para todo el mundo.

Este es un truco muy bueno que tenemos; la verdad casi nada se ha inventado en el Seguro Social, la verdad es que copiamos ideas, nos trajimos software de otros lados, hemos trabajado con la Administración de Veteranos de Guerra de Estados Unidos para traernos pedazos de código de software y usarlo. De Brasil copiamos un consultor de incapacidades médicas.

Con base en la experiencia de varios países que comparten información para cada padecimiento, de acuerdo a la CIE10, sabemos cuántos días de incapacidad se necesitan dependiendo del tipo de trabajo; si es sedentario, ligero o muy pesado. Por ejemplo aquí una fractura en una falange nos puede llevar desde 1 día hasta 28 días mínimo o hasta 42 en el máximo para trabajos muy pesados.

No lo imponemos, por eso le pusimos el nombre de consultor en incapacidades pero sí vamos comparando lo que cada médico va emitiendo de incapacidades contra lo que se da en otras partes del mundo.

Un poco de Benchmarking, si nos comparamos, en expediente electrónico hay 4 iniciativas a nivel mundial de cobertura nacional, la más grande es la del LHS que es servicio de salud del Reino Unido, definieron estándares antes que nosotros, pero ahora tienen cobertura en 22 unidades, Australia y Nueva Zelanda también lanzaron iniciativas nacionales pero como son muchos centros privados los que interactúan ahí o inclusive públicos, la cobertura que tienen es menor al 1% de la población aunque ya tienen 4 años trabajando.

Nosotros esperamos que al final de este año vamos a tener el potencial para el 35% de la población atendida por nosotros. La verdad es, como les dije nada fue inventado aquí, algunas cosas las copiamos del Reino Unido con autorización de ellos. La verdad es que con autorización de todo mundo lo fuimos copiando. En HL7, es una organización no-gubernamental mundial donde participamos y como capítulo México exponemos nuestras necesidades, la Ñ, los acentos, etc. Y los Ministerios de Salud, algunas giras que nos organizaron en salud, como en México, de Singapur, Australia, Malasia, aquí ven a Aguirre, los que lo conocen y a todos lados ha viajado la raza el primer año y de ahí fuimos copiando y armando convenios de intercambio.

En Brasil nos ayudaron muchos y Estados Unidos nos han ayudado bastante.



## **Confidencialidad de datos clínicos**

### **Lic. Agustín Ramírez Ramírez**

Licenciado en Derecho, con especialidad en Administración y Finanzas Públicas por la Universidad Autónoma Metropolitana, tiene Diplomados en Derecho Tributario por el ITAM, Análisis y Diseño de la Comunicación Política por el UIA, Sistema de Calidad por la UDLA, Prospectiva Política y Construcción de Escenarios por la UIA y Arbitraje Comercial Internacional por la Escuela Libre de Derecho. Es egresado del PADEP que imparte el INAP. Ha sido Profesor de asignatura en la Universidad del Claustro de Sor Juana, en la División de Estudios de Posgrado de la UNAM y en la Maestría Economía y Política de la Universidad Anáhuac del Norte. Ha colaborado para el Gobierno Federal desde 1989, en la Secretaría de Educación Pública, la Contraloría General de la Federación y la Secretaría de Gobernación. Se integró al equipo de trabajo de la CONAMED desde su creación en donde actualmente es Subcomisionado Jurídico.





En términos de lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana 168, el Expediente Clínico se define como el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con apego a las normas sanitarias, de ahí que sea necesario construir un concepto adicional, el de "datos clínicos", que a nuestro parecer podría definirse como el "conjunto de información sobre la evolución y estado actual de salud de una persona, identificada o identificable, cuya ordenación en un expediente permite su tratamiento adecuado, en función de su finalidad para brindar un conocimiento más o menos exacto de la intervención del equipo de salud y en el cual se espera encontrar, como mínimo, datos sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento".

Conforme a lo anterior, es posible asegurar que la confianza es un elemento esencial para que el paciente entregue al equipo sanitario, incluso de viva voz, datos sobre su estado de salud durante el proceso de atención médica. La confianza se convierte así, en uno de los elementos sustanciales de la atención del paciente, pues de otra manera no sería posible encontrar información tan personal en el expediente clínico.

Ahora bien, bajo un principio de mutua confianza es que se genera en las partes la convicción de que la información del expediente clínico debe resguardarse del conocimiento general, pues su divulgación podría afectar el derecho a la intimidad que todo individuo goza en términos de nuestro orden constitucional. Su divulgación sin el previo consentimiento del paciente, afectaría en forma grave sus sentimientos, afectos, creencias, decoro y vida privada, lo que repercutiría en una afectación que lo legitimaría para demandar la reparación del daño moral causado.

La confianza no se genera de manera automática. Como producto de una relación humana, se funda en sentimientos de reciprocidad y se fortalece en la medida en que ambas partes, médico y paciente, reconocen el interés legítimo que mantienen para obtener beneficios mutuos. Tan importante es desde el punto de vista del derecho, que su trasgresión tiene repercusiones en diversas disposiciones legales, como la Norma Oficial Mexicana 168, la Ley de Profesiones y la legislación penal, entre las más relevantes.

Si los datos clínicos deben resguardarse del conocimiento público, debemos entonces señalar a los sujetos legitimados para acceder a dicha información, pues se convertirán en los sujetos obligados a guardar reserva de la información clínica. Para ello, se hace necesario hablar del concepto de atención médica, que según el artículo 32 de la Ley general de Salud, es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

De la descripción legal anterior podemos inferir que en la prestación de servicios de atención médica colaboran diversos profesionales de la salud, fundamentalmente el médico tratante, así como otros profesionales, personal auxiliar y técnico, incluidos los médicos en proceso de entrenamiento en alguna de las especialidades médicas, por lo cual todos y cada uno de ellos participan también en la integración del expediente clínico y tienen acceso a información del pacien-

te. De lo anterior se genera la obligación de guardar en confidencia los datos que están a su disposición, tanto los que conocen de manera directa al atender al enfermo, como los que plasman otros profesionales del equipo sanitario, indispensables para prestar el servicio.

¿Cuál es entonces la manera de asegurar un tratamiento adecuado de los datos clínicos? En un lenguaje natural podemos encontrar diversas acepciones para el término. Por una parte, hay quien asegura que se trata de información que debe permanecer oculta de manera cuidadosa, y entonces hablamos de secreto. Se hace referencia también a la secrecía, entendida como la sensatez para formar un juicio y obrar en consecuencia, es decir, guardar el secreto conforme a nuestro recto juicio. Podemos referirnos igualmente a la reserva, en términos de guarda y custodia de cierta información a fin de retenerla y no comunicarla para que sirva a su tiempo. Finalmente es posible hablar de confidencialidad como atributo del hacer o decir en confianza, sin mas seguridad que la buena fe y la opinión que de él se tiene.

De los diversos conceptos aquí esbozados, me parece que el de confidencialidad es mucho más adecuado pues está en función de la confianza que se genera en el sujeto que tenemos enfrente para darle a conocer información sobre la cual tenemos el derecho de mantener en reserva, a guardarla, a no darla a conocer y se la estamos entregando a otro, al médico y en general al conjunto de profesionales que integran el equipo sanitario por el solo hecho de que le tenemos confianza.

Desde el punto de vista legal, la Ley de Profesiones obliga a todo profesionista a guardar estrictamente el secreto de lo que le confíen sus clientes. Por cierto que cuando nos referimos al concepto "cliente" no lo hacemos bajo un aspecto peyorativo, es simple y sencillamente el concepto legal en virtud de la prestación de un servicio profesional, aún cuando estamos ciertos de que en la atención médica el binomio lo compone el prestador del servicio (médico) y el usuario del mismo (paciente).

La Norma Oficial Mexicana 168 del Expediente Clínico, señala por su parte que la información debe manejarse con discreción y confidencialidad. Como podemos observar, encontramos dos conceptos jurídicos que se conjugan para dar una idea clara del manejo informativo: discreción y confidencialidad, es decir, la obligación de los prestadores de servicios de atención médica de ser sensatos para obrar respecto de la responsabilidad que deriva de acceder a datos personales y guardarlos en confidencia.

Por otra parte encontramos disposiciones específicas para quienes laboramos en el servicio público, que en relación con el tema, regulan posibles conductas ilícitas de quienes prestan servicios de atención médica en instituciones públicas, pues conforme a la fracción V del artículo 8 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, se genera la obligación de "custodiar y cuidar la documentación e información que por razón de su empleo, cargo o comisión, tenga bajo su responsabilidad, e impedir o evitar su uso, sustracción, destrucción, ocultamiento o inutilización indebidos".

Contamos también con la codificación penal que sobre el tema de la confidencialidad maneja dos hipótesis. Una primera modalidad se refiere al caso de quien sin justa causa, con perjuicio de alguien y sin consentimiento del que pueda resultar perjudicado, revele algún secreto o comunicación reservada que conoce o ha recibido en función de su empleo, cargo o puesto. Una forma agravada que incluso merece suspensión de profesión de 2 meses a 1 año, se da cuando la revelación punible sea hecha por funcionario o empleado público, persona que presta servicios profesionales o técnicos, de tal suerte que la pena privativa de libertad es también mayor.

En cuanto a lo dispuesto por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, cuando refiere el tema de la confidencialidad regula en su artículo 3º, fracción II, el concepto de datos personales, como la "información concerniente a una persona física, identificada o identificable, entre otra, la relativa a su origen étnico o racial, o que esté referida a las características físicas, morales o emocionales, a su vida afectiva y familiar, domicilio, número telefónico, patrimonio, ideología y opiniones políticas, creencias o convicciones religiosas o filosóficas, los estados de salud físicos o mentales, las preferencias sexuales, u otras análogas que afecten su intimidad".

Sobre este asunto, el de la transparencia gubernamental, deben precisarse dos aspectos esenciales de la Ley. Por una parte, asegura que el conjunto de la información en poder de los entes públicos se ponga a disposición de los gobernados, salvo las restricciones que la propia ley señala, como es el caso de los asuntos de seguridad nacional, entre otros. El segundo aspecto, importante para el tema que estamos abordando, se refiere a la obligación que tienen las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de manejar en formas confidencial el conjunto de datos personales que posea en función de los servicios que presta al público.

Bajo esta hipótesis se encuentran las instituciones públicas prestadoras de servicios médicos, que en términos de la Ley, tienen la obligación de registrar en un Sistema los datos personales del conjunto de la población a la que prestan servicios médicos, en el entendido, como lo estipula el artículo 21 del citado cuerpo legal, de no "difundir, distribuir o comercializar los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en el ejercicio de sus funciones, salvo que haya mediado el consentimiento expreso por escrito o por un medio de autenticación similar, de los individuos a que haga referencia la información".

Con el propósito de asegurar el cumplimiento de la obligación citada, el artículo 20 fracción VI señala que los sujetos obligados, entre ellos las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, deberán "adoptar las medidas necesarias que garanticen la seguridad de los datos personales y eviten su alteración, pérdida, transmisión y acceso no autorizado", con la excepción para divulgarlos que se encuentra regulada en la fracción I del artículo 22, cuando se da el caso de ser necesario para "la prevención o el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia médica o la gestión de servicios de salud y no pueda recabarse su

autorización”, situación que desde mi perspectiva se antoja difícil pero que se encuentra regulada en la Ley.

Conforme a lo anterior y haciendo referencia al principio de confidencialidad del expediente clínico, me parece muy importante que el sistema de seguridad informático que vaya a utilizarse en las instituciones prestadoras de servicios médicos de carácter público como los Institutos Nacionales de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto Mexicano de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, por enunciar los de mayor cobertura, aseguren un adecuado resguardo a fin de no permitir la divulgación de información que pueda vulnerar la esfera personalísima de los pacientes.

Por otra parte, habrá que dejar señalada la deficiencia del sistema legal sobre la confidencialidad del expediente clínico, pues si bien la Norma Oficial Mexicana obliga a todo prestador de servicios de atención médica a manejar los datos clínicos con discreción y confidencialidad, se trata de una norma de naturaleza administrativa que no asegura su cabal cumplimiento al no contener un esquema de sanciones, para lo cual es necesario aplicar otros cuerpos normativos como la Ley de Profesiones en el caso de los servicios privados y las leyes en materia de responsabilidad de servidores públicos y la relativa a transparencia gubernamental, para los casos de servicios públicos, en tanto que la legislación penal se aplicaría en ambos casos.

Bajo la hipótesis aquí planteada de que la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico no es el cuerpo normativo, por su nivel jerárquico, más adecuado para garantizar el principio de confidencialidad, por lo cual sería necesaria su incorporación en un texto jurídico que tenga nivel de Ley, como podría ser la propia Ley General de Salud, o asegurar una redacción más acabada en la actual iniciativa que tiene el Congreso de la Unión sobre Protección de Datos Personales.

Finalmente he de referirme al régimen de propiedad del expediente clínico. La Norma Oficial respectiva señala que es propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, no obstante reconocer que son instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes. Ante una situación de esta naturaleza la pregunta inmediata es la causa por la cual no es propiedad del paciente, máxime cuando contiene información sobre su estado de salud. La razón que algunos es que la integración del expediente clínico se hace con datos que aporta de manera directa el paciente o sus familiares, pero también contiene información derivada del juicio clínico que tiene el médico tratante, cuya naturaleza subjetiva podría implicar una apreciación inadecuada si se hace del conocimiento del enfermo o incluso de su familia.

Nuestra legislación ha resuelto este problema asegurando el derecho del paciente a contar con un resumen clínico, el cual, según señala el Reglamento de la Ley General de Salud y la propia Norma Oficial Mexicana 168 del expediente Clínico, debe referirse, como mínimo, al padecimiento actual, diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico, así como estudios de laboratorio y gabinete.

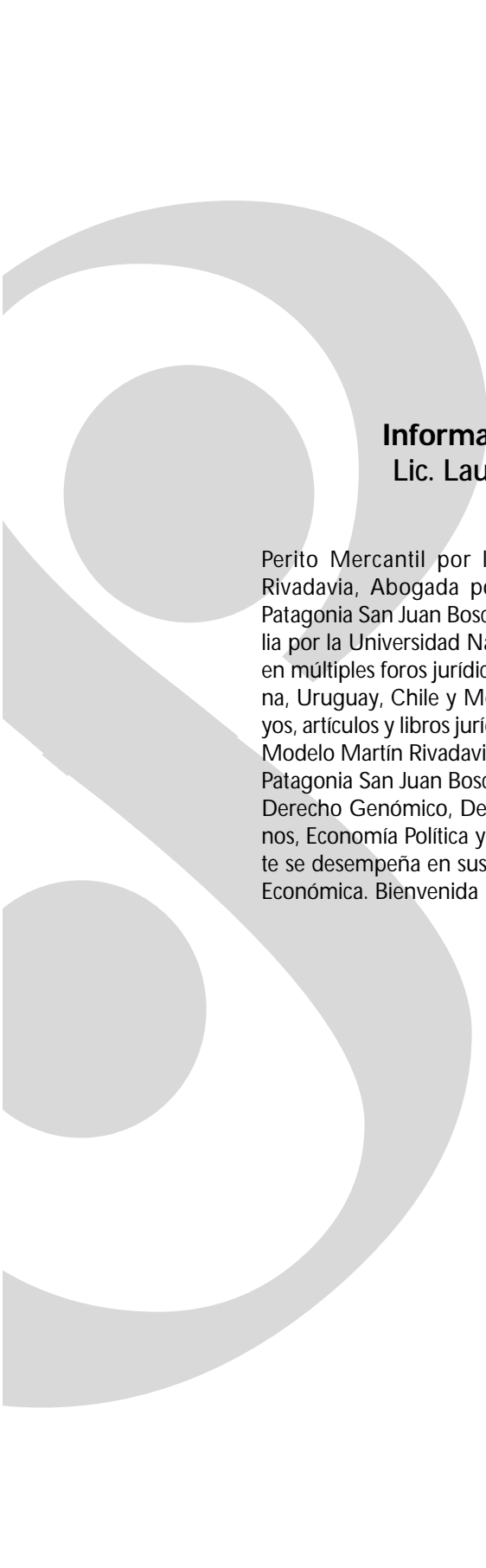
Conforme a lo anterior, se armoniza este interés del paciente de conocer y contar con información objetiva sobre su estado de salud, así como el derecho del médico de resguardar del conocimiento del propio paciente aquella información subjetiva que deriva de su juicio clínico y libertad prescriptiva.

Desde la perspectiva del suscrito, habría que explorar un sistema que garantice legalmente el tratamiento de los datos clínicos. Un ejemplo a seguir podría ser la legislación española que garantiza la entrega de copia del expediente clínico al paciente, siempre que el médico haya ejercido su derecho a no entregar cierta información, fundamentalmente subjetiva, contenida en el mismo. Ante una controversia al respecto, las partes pueden acudir ante una instancia gubernamental facultada para decidir lo que en derecho les corresponda.

Habrá quien por supuesto niegue la facultad del médico para resguardar información, incluso subjetiva, bajo el razonamiento lógico de que aún con esa característica se refiere a su estado de salud. Sin embargo, es preciso afrontar el hecho de que en los hechos no hay absolutos y mucho menos en el terreno de lo legal. Habrá que imaginar, desde el plano jurídico, un esquema que permita mantener un sano equilibrio entre el derecho de las partes, pues a fin de cuentas se trate de información objetiva o subjetiva, está basada en un criterio clínico y en un criterio ético, aspectos que no deberán limitar bajo ninguna circunstancia los derechos del paciente.

A manera de conclusión sobre el estado que guarda la regulación del principio de confidencialidad de los datos clínicos en nuestro país, podría afirmarse lo siguiente: a) El paciente tiene derecho a que la información clínica se resguarde del conocimiento público, b) Sólo bajo autorización del paciente o su responsable legal puede darse a conocer a terceros, c) No se encuentra regulado y por ello el paciente no tiene derecho a obtener una copia íntegra de su expediente clínico, d) Tiene derecho a que el prestador del servicio le entregue un resumen clínico de la atención brindada y f) Para garantizar legalmente este principio de confidencialidad, es necesario acudir a diversos cuerpos normativos, desde la Norma Oficial Mexicana respectiva, como a la legislación Civil, Penal y Administrativa.





## **Información Genómica**

### **Lic. Laura A. Albarellos**

Perito Mercantil por la Escuela Nacional Superior de Rivadavia, Abogada por la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Especialista en Derecho de Familia por la Universidad Nacional de Rosario, ha sido ponente en múltiples foros jurídicos, éticos y económicos en Argentina, Uruguay, Chile y México; ha publicado múltiples ensayos, artículos y libros jurídicos; ha sido docente en el Instituto Modelo Martín Rivadavia y en la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. Sus áreas de investigación son el Derecho Genómico, Derecho de Familia, Derechos Humanos, Economía Política y Derecho Comunitario. Actualmente se desempeña en sus funciones como Asesora Jurídica y Económica. Bienvenida





Buenas tardes. Un especial agradecimiento a CONAMED por esta invitación. Ya que mi especialidad es el Derecho Genómico, una rama realmente nueva que creo que rompe con esa frontera clásica que hubo entre médicos y abogados. Hoy me gustaría mucho hablarles sobre la problemática existente respecto del consentimiento informado en la investigación genómica de menores e incapaces, que realmente es una cuestión altamente preocupante. Yo comenzaría a hablarles de qué es lo que sucede en México para poder llegar hacia lo que es, no sé si llamarle regulación, porque realmente es una existencia o una declaración de meros deseos internacionales, lo único con lo que se cuenta en este momento. México, a través de la Ley General de Salud en su título quinto, estamos hablando de los artículos 96 a 103 y el Reglamento de esta misma Ley en materia de investigación para salud; es decir, capítulo Tercero, donde nos encontramos más o menos, por los artículos 34 a 39, señala que: es posible realizar la investigación genómica en menores e incapaces; específicamente nos dice que esta investigación sea de carácter no terapéutico. Pero puntualiza que será posible siempre y cuando el riesgo que corra este menor o incapaz sea mínimo o bien ofrezca posibilidades de beneficencia para el resto de la comunidad que se encuentre en el mismo grupo, valga decir incapaces o en el mismo tópicó de edad.

Obviamente tiene que haber una estrecha vigilancia respecto a los riesgos que puedan aparecer de índole bio-psico-social en este menor o incapaz. Aparecido el riesgo, se suspende la práctica investigativa de la que el menor es sujeto. Más adelante agrego un punto que yo quisiera que como mexicanos y como México hasta ahora es mi casa, yo estoy muy orgullosa de esta norma, pues dice que: habiendo autorización a través del ejercicio de la patria potestad por parte de los padres de este menor; esto no es suficiente, se requiere de la autorización del propio menor de edad para poder iniciar la práctica. Creo que eso es muy importante y relevante sobre todo a nivel jurídico ya que a nivel internacional y más profundamente a nivel latinoamericano, no existe prácticamente legislación similar.

Se estima, según dice la interpretación del Artículo 37 que se puede comenzar a tomar como válido el consentimiento de ese menor a partir de que cuente con 5 ó 6 años de edad. Obviamente interviene con extrema profundidad el Comité Hospitalario en cuanto a la vigilancia de la información que al menor también se le dé. Ya no estamos hablando de dejar esos términos médicos que realmente no entendemos los pacientes muchas veces sino que además es una traducción adicional adecuada a un niño de 5 ó 6 años por lo menos. Es decir que este consentimiento se perfecciona con la participación del propio menor sujeto a la investigación. Obviamente es axiomático, sería medio chistoso que yo les diga que es Ley pero es tal cual, que los menores en principio jamás van a ser partícipes de prácticas de investigación pero cuando esta participación es indispensable para poder dar solución a una enfermedad de origen génico, en ese caso, ese axioma teóricamente inviolable cedería.

El problema que yo le encuentro jurídicamente es que la ley no me dice, no me expresa con exactitud quién es el que va a evaluar esa necesidad y transformarla en indispensable.

Yo ya pasaría si les parece a lo que es el tema internacional y aquí sí es para agarrarse la cabeza.

Por el momento aparecen simplemente declaraciones de lenguaje jurídico fácil, son simples expresiones de deseo cuasi jurídicas de nivel internacional. Creo que es la definición más simple que les puedo dar ya que no tienen el carácter de ser vinculantes. En derecho todo lo vinculante es obligatorio para las naciones firmantes. Empezamos con la declaración de la UNESCO sobre el tema del genoma humano, la cual fue efectuada en 1997 y adoptada como propia por la UNESCO en 1998.

Aquí respecto a minoridad e incapacidad, nos encontramos con un curioso Artículo 2 en su apartado E, luego de un largo texto nos habla de lo que es el consentimiento en sí para la investigación genética, pero paradójicamente no nombra siquiera la existencia de menores e incapaces. Hay un principio totalmente cerrado en derecho que dice: Todo lo no expresamente prohibido, está permitido; o sea que si tomamos como base esta declaración de la UNESCO, una de las pocas reglamentaciones internacionales existentes a la fecha no habría ningún problema de índole jurídica en intervenir el genoma de un menor.

Un poquito más difícil se pone la Convención Internacional de la OMS, conocida como SIOMS donde nos dice que el menor de 13 años puede prestar directamente su consentimiento prescindiendo el de los padres. No habla de la existencia de representante legal no natural o sea que sea un tutor pero dice que esta autorización se verá tomada, no dice por quien, en la medida de la comprensión del menor. Nuevamente encontramos el vacío jurídico terrible que es no poder definir cuál es la autoridad facultada para poder evaluar la madurez de ese menor de 13 años, con lo que esta declaración violaría otra Convención de la que también es firmante México, que se llama Convención Internacional de los Derechos del Niño, cuyo Artículo 3º dice que todo tipo de legislación interna obligatoriamente para sus firmantes debe contar en principio con el interés superior del menor. México es firmante de ambas Convenciones y no es que les quiera echar la culpa porque mi país también.

Otro artículo interesante que trae la Declaración de la UNESCO es, tal cual el término, puede emplearse el sacrificio del menor o incapaz individualmente en pos de la minoridad o incapacidad del niño. Utiliza el término sacrificio; yo creo que los derechos humanos no fueron abolidos aún. Saber que de esto participa una entidad como la UNESCO realmente altera un poco más los nervios. Más adelante agrega otra palabra interesante: se autoriza un riesgo y coerción, coerción mínimos en pos del beneficio de otras personas del mismo grupo o edad en igual condición genética. Quiere decir que se puede hacer una toma compulsiva de muestra de cualquier tipo de tejido que ustedes deseen con tal de que haya un grupo que se beneficie. Pues bien, no hay mención de lo que se llama responsabilidad por daños aleatorios o directos como tampoco existe una aclaración de qué significa que ese riesgo y coerción sean mínimos. Hay tanta diversidad humana y si hay algún genetista puede afirmarlo mejor que yo, que lo que es mínimo para mí no sea mínimo para ustedes y mucho menos para un menor. El

riesgo sería que quien toma las muestras de tejido considere por mínimo, por ejemplo atarlo; lo cual configuraría un delito adicional en todo tipo de legislación como sería la privación ilegítima de la libertad.

Quiero dejarles además de todas estas reflexiones, una advertencia. En la revisión que se hizo durante el 2001 en Santiago de Chile a esta declaración de la UNESCO se deja plasmado que se brega porque esta declaración se convierta en Convenio lo antes posible; es decir en Ley para las partes firmantes.

No tengo nada más, espero que al fin las fronteras de medicina y derecho, históricas por cierto, queden rotas y podamos hacer fuerza desde ambos lados para que justamente ese artículo número 3 de la Convención de los Derechos del Niño no quede en una mera expresión de deseo, como por ahora es esta peligrosa declaración que los compromete tanto a ustedes como a nosotros.

Muchas gracias.





## **Derecho Informático**

**Lic. Gabriel Andrés Cámpoli**

Abogado por la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Postgraduado en Derecho Informático, Especialista en Propiedad Intelectual en la Sociedad de la Información de la Universidad de Castilla La Mancha en España, Profesor en el Instituto de la Judicatura Federal, Autor y Coautor de libros sobre Derecho Informático.



Antes que nada, muy buenas tardes a todos. Agradezco mucho la invitación que ha hecho CONAMED a mi persona para exponer ante este foro.

Voy a tratar de ser un poco el mediador entre el técnico y el abogado. En definitiva es parte de mi especialización. Históricamente tanto como comentaba la Doctora Álvarez, los médicos han tenido problemas con los abogados, los informáticos y los abogados tampoco se llevaron jamás; porque entre otras cosas hay una cuestión de diferencia en los razonamientos. Unos tienen un razonamiento netamente técnico y los otros netamente humanístico, cuestión por la cual siempre terminan chocando. De hecho, en algunas cosas, se vio recién en las otras exposiciones, que hay criterios que son altamente encontrados.

En la informática a lo que se está tendiendo es a buscar una mayor aplicabilidad, una mayor velocidad, un mayor intercambio de datos para mejorar la prestación al paciente. En derecho lo que se está tratando de defender es la seguridad de los principios jurídicos o lo que se conoce como seguridad jurídica.

En este momento la situación legal es bastante confusa respecto a la posibilidad o no de utilizar la historia clínica electrónica ¿Por qué digo esto? Sí es verdad, la Norma Oficial Mexicana dice que se podrá llevar el expediente en forma electrónica. El problema es que no dice cómo podrá llevarse o cómo deberá llevarse en forma electrónica y no es lo mismo porque el proyecto que presentaron hace rato es un proyecto del IMSS mas no es un proyecto de consultorios privados o de clínicas privadas, entre otras cosas. Ahora bien, ¿cuál es la diferencia entre que sea o no sea un proyecto del IMSS o de clínicas privadas? La diferencia está en la normativa aplicable. En el primer caso, en el caso del IMSS, sí va a ser aplicable la necesidad de protección de los datos personales que implica la Ley Federal de Transparencia de Acceso a la Información Pública Gubernamental, ahora si yo saco ese expediente electrónico a un hospital privado, a una clínica privada o a un consultorio propio de un médico, esa normativa de la Ley Federal de Transparencia no es aplicable porque no son servidores públicos. Entonces en definitiva, los datos personales contenido en esa historia clínica electrónica que tiene el médico en su consultorio privado no están protegidos por nadie. De hecho, sigue trabada, como comentario hace ratito, la Ley de Protección de Datos Personales pero a eso hay un agravante adicional: que la Ley de Protección de Datos Personales está referida a la compilación de bases de datos en forma específica. ¿Qué es una base de datos? Una base de datos es un conjunto de varios datos referidos a distintas personas. No necesariamente en términos técnicos. El conjunto de datos que pueda tener el médico sobre sus propios pacientes, va a configurar una base de datos, razón por la cual, la Ley de Datos Personales no necesariamente va a resultar aplicable tampoco en ese caso. Inclusive, es más, los primeros problemas que pueden llegar a producirse es que si bien es cierto que se están tomando en la mayoría de los casos, las mejores medidas técnicas posibles para garantizar la seguridad de los datos en la forma física cuando están asentados en un servidor determinado para que nadie pueda ingresar. También es cierto que hay que reconocer que los datos se vuelven mucho más vulnerables

en el momento en que son transmitidos; es decir, cuando pasan a través de la red de un punto a otro.

Esto se lo voy a tratar de simplificar con una cuestión física. Si yo tengo 2 tanques de agua, en el punto en que el agua es más vulnerable y es más fácil de ser atacada es en el ducto que une a esos 2 tanques. Atacar a un tanque es bastante difícil, atacar al otro también pero el ducto siempre es mucho más vulnerable. En el momento de la transmisión es donde se puede producir el problema de violaciones de seguridad. La mayoría de los ataques informáticos se producen en esos puntos o en los puntos anteriores a la entrada o inmediatamente posterior a la salida.

Ahora bien, no existe en México una legislación aplicable en forma concreta a lo que se conoce como delitos informáticos; alguien podrá decir que en algún momento existe el Código Penal Federal con los artículos siguientes a los que nombró el Licenciado, desde 211 Bis I al VII que intenta esbozar de alguna manera lo que son los delitos informáticos pero tiene un pequeño inconveniente, cuando se modificó el Código Penal Federal para agregar esos delitos a fin de otorgar seguridad a emprendimientos como el que está haciendo el IMSS, se olvidaron de modificar el Código Federal de Procedimientos Penales.

Entonces en definitiva en el procedimiento penal no se admite la prueba electrónica que es la única posible en todos estos casos, por eso les decía que la situación es bastante confusa sobre si yo puedo o no puedo utilizar un expediente clínico electrónico; en definitiva yo, en alguna medida también soy tecnócrata, a mí me encantaría que se pudieran usar pero tampoco como abogado puedo olvidarme de decirles que la seguridad jurídica que tienen hoy al aplicar un expediente clínico electrónico no es muy alta.

Porque al fin, si se reconociera, por ejemplo, como institución pública, que sí lo es a CONAMED posiblemente les admita por la Ley Federal del Procedimiento Administrativo, les admita la prueba electrónica en juicios pero en caso de disidencia, cuando tuvieran que saltar a una instancia judicial, la prueba electrónica no se admite, ni aún en instancia civil. Vamos a estar en la misma, el expediente electrónico que yo estoy usando como prueba en mi propia defensa no me va a servir de nada.

Esa es más o menos la situación actual. No quiero extenderme demasiado más porque si no voy a seguir mezclando muchas más normas. Creo que con esto ya tienen más o menos, un panorama de cuál es la situación jurídica.

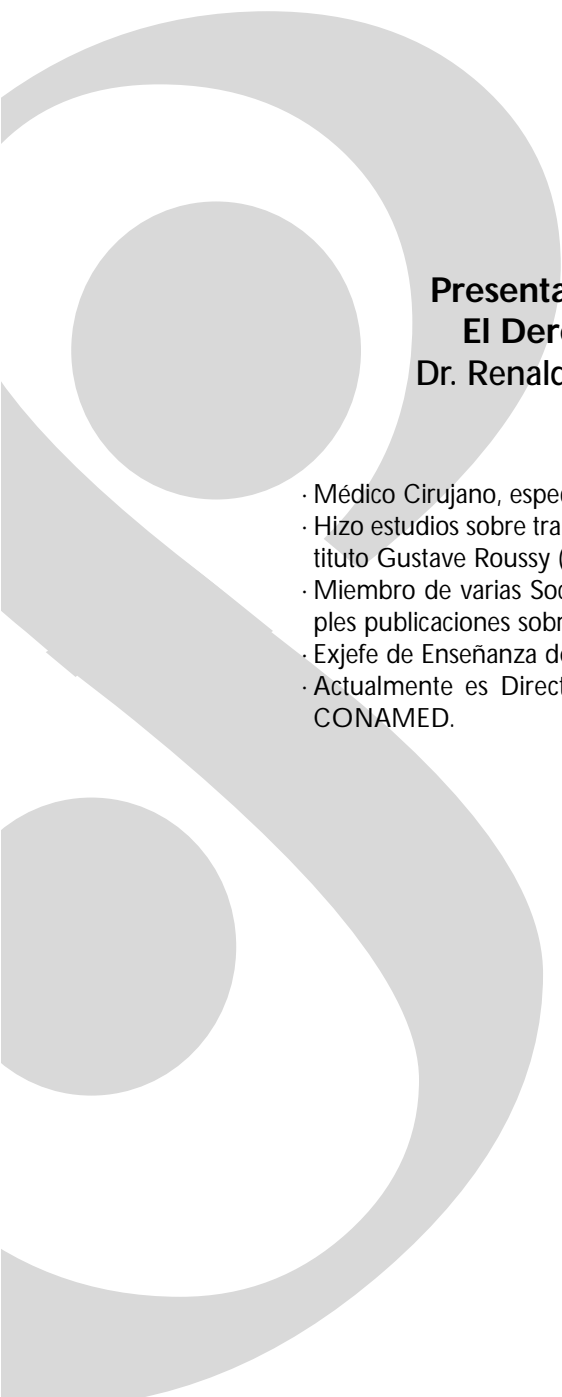
En definitiva, sobre las cuestiones particulares o privadas, esto es ya como resumen de cierre, sobre las cuestiones particulares o privadas, no hay protección sobre los datos personales. No existe en México todavía un recurso internacionalmente conocido como Abeas Data que es para la corrección, ratificación o retiro de datos. Hay algunas proposiciones de modificaciones inclusive hasta constitucionales para incluirlos pero a niveles probatorios, todo lo que es prueba electrónica no está legislado. Razón por la cual no hay un nivel de seguridad jurídica lo suficientemente aceptable como para que sea recomendable empezar a utilizar los expedientes electrónicos en forma masiva. Por lo menos no



a la fecha ¿Cuál es el trabajo? El trabajo es que creo que a partir de los ámbitos jurídicos y de los ámbitos médicos, debe empezar a ejercerse sobre los legisladores la coerción necesaria como para que regulen este tipo de cuestiones y de esa forma resolver las lagunas jurídicas que se han dejado por hacer las cosas traídas, digamos que, jaladas de los cabellos; es decir ¡ah! Escuche esto, bueno pues pongámoslo en la Ley.

Las reformas, en todo lo que representa la cuestión de informática aplicada, ya sea al derecho o a la medicina o lo que fuera, son reformas integrales y complejas; no pueden hacerse de un día para otro y trayendo artículos o cuestiones sueltas. No se pueden agregar textos sueltos en normativas dispersas porque normalmente terminan chocando contra todo el resto de la legislación que hay alrededor o resultan en definitiva, como les dije, inaplicables por no poder ser defendidas dentro de lo que es sistema judicial que es el único defensor de las garantías individuales. Nada más.





**Presentación de la Mesa  
El Derecho Sanitario  
Dr. Renaldo Guzmán García**

Coordinador

- Médico Cirujano, especialista en Hematología, certificado.
- Hizo estudios sobre transplante de médula ósea por el Instituto Gustave Roussy (Francia) y la Universidad de Texas.
- Miembro de varias Sociedades Médicas y autor de múltiples publicaciones sobre Oncología y Hematología.
- Exjefe de Enseñanza del HOCMN del IMSS.
- Actualmente es Director General de Conciliación de la CONAMED.




En este segundo día vamos a tener un día muy intenso de actividades, vamos a ver temas muy importantes dentro del Derecho Sanitario, vamos a tomar aspectos importantes de dilemas de Bioética Médica y por el tipo de temas que vamos a tratar hoy y por el nivel de los profesores invitados que tenemos de gran prestigio tanto nacional como internacional, vamos a tener un día que espera ser verdaderamente productivo.

Los grandes avances científicos y tecnológicos que ha generado el hombre en los últimos años se han visto reflejados de manera especial en materia de salud, desde el campo de la investigación médica hasta el diagnóstico y tratamiento de pacientes con diferentes patologías, alcanzando dimensiones que hace algunos años parecieran poco posibles; sin embargo, estos cambios también han generado nuevos dilemas bioéticos y controversias jurídicas ya que afectan bienes fundamentales como son la vida, la salud y la dignidad humanas. Así mismo se ha conformado una nueva problemática que impacta en la relación médico-paciente, en el ejercicio de la profesión médica y en la política sanitaria de protección a la salud, se ha requerido legislar en materia sanitaria y sobre todo profundizar en la legitimización del acto médico o el acto biomédico.

Esto es importante ya que si bien el Derecho se encarga de normar nuestra conducta como personas jurídicas y nos dice lo que está permitido, lo que está prohibido y lo que es obligatorio, todo acto que realizamos tiene una consecuencia jurídica y el acto médico no escapa a esto. Así mismo es posible legislar sobre ciertas situaciones específicas médicamente hablando, como son prestaciones de servicios médicos, transfusión sanguínea, expediente clínico, etc. Pero es muy difícil legislar sobre todo acto médico cotidiano que realizamos cada día. El derecho sanitario es una disciplina jurídica que surge para regular las actividades, derechos, obligaciones y cargos con respecto a 4 rubros fundamentales que son la protección a la salud, la atención médica, la salud pública y la asistencia social. El Lic. Octavio Casa Madrid en su obra *La Atención Médica y el Derecho Sanitario* nos comenta que una disciplina adquiere autonomía al reunir 3 elementos: una metodología propia, un cuerpo de doctrina especial y una legislación sistemática. Esto es muy importante para todos ya sea paciente, ya sea médico y para todos los terceros en general ya que esta disciplina jurídica y lo que hace también que esta disciplina jurídica sea especial y sea diferente a otras es que, como se comenta en este mismo texto, en el caso del Derecho Sanitario la principal fuente doctrinaria se encuentra en los principios científicos como es la *Lex Artis* y en los principios éticos de la práctica médica como es la ética y la deontología médica.





## **La Ética Médica en el Siglo XXI**

### **Doctor Francisco Javier León Correa**

Doctor de Filosofía y Letras por la Universidad de Valladolid, España. Magister en Bioética por la Universidad de Santiago de Compostela, Fundador del Grupo de Investigación en Bioética de Galicia y de la Asociación Española de Ética Médica, ha organizado e impartido varios cursos de enseñanza de la Bioética así como 2 Simposio Internacionales, Congresos y Jornadas de Bioética. Ha sido Colaborador Experto de varias Comisiones Nacionales de Bioética en Latinoamérica, Profesor de Licenciatura y Magister de Bioética en la ponencia Universidad Católica de Chile, Universidad Andrés Bello y Universidad Diego Portales. Promotor y Director de la Revista Cuadernos de Bioética y autor de varios libros, capítulos y artículos sobre Bioética.





Buenos días, en primer lugar quiero agradecer la invitación a estar aquí con ustedes y a regresar una vez más a México, para mí muy querido porque hace ya más de 10 años que participé por primera vez en una actividad de la entonces reciente y poco conocida de la Bioética en el Primer Congreso Nacional que se organizó de Bioética aquí en México con el Doctor Velasco Suárez, que en paz descanse, y después he tenido la oportunidad de estar en la UNAM, en otras universidades, en Guadalajara y también en contacto con los grupos de Bioética de León, Gto., de Guadalajara, de aquí de México, de otros sitios y conozco muy bien y tengo muchos amigos personales entre la gente que se han dedicado a desarrollar la Bioética en su país y por eso para mí es un gusto venir a hablar y además venir a hablar en un público que normalmente no es en el que me he movido, soy Doctor en Filosofía, he dirigido un grupo de investigación de Bioética en Galicia donde había juristas pero fundamentalmente eran médicos clínicos, psicólogos, enfermeras que participaron en esa investigación en Bioética desde una perspectiva multidisciplinar, que es fundamental, es esencial en la Bioética. Por eso vengo a hablar en un ámbito del Derecho Médico, del Derecho Sanitario, me parece especialmente importante porque se ha producido en Bioética, algunos dicen una excesiva jurisdicción del ámbito de la ética clínica y de la bioética. Yo digo que no es excesiva todavía, puede empezar a serlo, pero creo que no es muy necesario ver las relaciones entre lo que ha aportado la Bioética y lo que aporta el Derecho Médico, el Derecho Sanitario. Me parece que es fundamental relacionar las dos cosas. En mi exposición no voy a entrar, no es mi materia y después habrá ponentes muy calificados del Derecho Médico. Me voy a mantener más bien en el título elegido para esta presentación que es la Ética Médica en el siglo XXI pero quizás antes de poner la bola de cristal encima y empezar a averiguar que nos va a deparar el Siglo XXI. Creo que no es función de la filosofía pero a veces se nos pide a los filósofos que seamos como un poco quirománticos.

Creo que antes de empezar a hablar del futuro, que sí me gustaría por lo menos hablar de cuáles son las líneas que pienso pueden tener más importancia, más incidencia, también en los aspectos de regulación jurídica. Antes de eso quería hacer una breve historia, qué es lo que ha sido la ética médica. Ahora me refiero a mi país, a España, después me referiré en conjunto a Europa y Latinoamérica. Si en España a un médico mayor de 55 años, más o menos, se preguntaba qué estudió él en la carrera respecto a la Ética médica diría que había tenido una asignatura de moral médica fundamentalmente basada en una visión a veces desde la moral católica, lo más probable en mi país, basada en una moral general, poco aplicada. Algunos estudios de casuística, de moral casuística referentes a las actividades médicas pero no había un cuerpo de doctrina de ética médica académica. Era más bien una moral profesional vista desde el ámbito de una moral, lo más probable, religiosa y en el ejercicio profesional, la mayor parte de los médicos de esa edad que se formaron en esos años van a tener una visión de la ética médica muy ligada a una moral profesional y muy ligada a un desarrollo de las llamadas virtudes morales del médico. Muy en consonancia, también en una línea, podemos decir, ligado a lo que era moral católica y por otro lado

también una línea de un humanismo médico muy importante en mi país, en España con grandes figuras de la medicina que se basaba fundamentalmente en el maestro quien otorgaba su conocimiento y los conocimientos del arte de la medicina y que a la vez estaba transmitiendo un sentido de vocación en la dedicación a la medicina.

La medicina era un arte, era una vocación y había que regular lo que era la ética médica, había que regularlo y así aparece también en los códigos deontológicos. Los primeros códigos deontológicos se referían fundamentalmente a las virtudes morales de los médicos, al gentleman de los primeros códigos de Percival en Inglaterra, el gentleman, el hombre honorable que se gana la confianza por sus virtudes como persona antes que por sus conocimientos como médico fundamentalmente y quizás esta persona, esos médicos mayores de 55 años se formaron en un aspecto de gran cercanía al paciente, de un paternalismo médico que luego ha sido muy denostado; que yo creo que luego haré alguna diferenciación entre paternalismos; era un paternalismo que tenía una gran confianza del paciente en el médico y además un rol social importante del médico en la sociedad. ¿Qué ocurre después?, si vemos los médicos españoles entre 35 y 55 años, la mayor parte, la gran mayoría de esos médicos, no tuvieron durante la carrera ninguna asignatura de ética profesional, ni de deontología médica, a lo sumo tuvieron una asignatura de medicina legal centrada en aspectos legales, no en aspectos éticos, desaparecieron las asignaturas de moral profesional o moral médica y no se sustituyeron por nada.

En cuanto a la formación médica, se centró en la gran capacitación técnica y científica de esos nuevos médicos, nuevos médicos dentro de unos sistemas de salud masivos para toda la población con equipos sanitarios, ya no el doctor maestro y sus discípulos, más bien el equipo interdisciplinario con el nacimiento de las especialidades, cada vez más especialización en el propio ejercicio profesional y con una visión, podemos decir, del estudiante de medicina que ha visto la serie del doctor por televisión y que valora las salidas profesionales de cardiología, en fin, la vanguardia de la medicina y con una gran capacitación científica, podemos decir, importante pero a la vez excesiva tecnificación de los cuidados de salud. Es el momento en que para la medicina, sobran lo que es la cercanía al paciente, ese paternalismo tradicional del médico y es sustituido por una fría distancia científica y profesional frente al paciente.

En gran parte sigue el paternalismo médico como fundamentación de la relación médico paciente pero es lo que a veces es denominado un paternalismo tecnocientífico, el médico sigue decidiendo porque es el que sabe, no porque es la persona virtuosa en la que uno confía plenamente, sino porque realmente esto de la medicina es muy difícil de entender, muy difícil de comprender, es una ciencia muy desarrollada, muy especializada y únicamente es el médico el que puede saber; por tanto él es el que sigue decidiendo.

En España y yo creo que en la mayor parte de los países de Latinoamérica el que sigue decidiendo en este sector al que me estoy refiriendo, el paciente pero también ya es un médico que a la mejor, estoy hablando de entre 35 y 55 años,

es un médico que a lo largo de su carrera profesional se ha distanciado del paciente, grandes unidades, grandes hospitales pero a la vez empieza a ver cómo en los años 80, sobre todo ya en los 90, se empieza a hablar de Bioética en los hospitales y se empieza a introducir el gran influjo que ha tenido la Bioética, lo hablaré en lo que es la ética clínica y es un médico que empieza a oír hablar de ética clínica, de bioética, de humanización de la atención de salud, de calidad en la atención de salud y hay como que 2 posiciones, 2 posturas, podemos decir, en esa generación.

La postura como de rechazo, lo que sirve es la medicina científica que hemos estado haciendo hasta ahora o la reconversión de la actitud profesional de la relación con el paciente, sino tenemos que incorporar a la práctica médica lo que está siendo el gran cambio del modelo asistencial que es la relación médico-paciente centrada en los derechos del paciente. Todavía en los años 80, 90 se hablaba de la enfermera como la defensora de los derechos del paciente frente a los médicos. Porque para los médicos, los derechos del paciente todavía no eran algo a tener en cuenta; claro que luego cambió mucho la situación, se incorpora a la práctica clínica habitual, lo que son la atención de los derechos del paciente, se incorpora también a los códigos de ética médica, los códigos, la revisión del código español y de la mayor parte de los códigos latinoamericanos, incorporan ya no solamente las virtudes morales, deontológicas de los médicos y de la relación entre médicos que era lo que se veía en los primeros códigos, sino que se incorpora ya un capítulo que habla de derechos del paciente y por tanto deberes de los médicos; es decir, cómo debe ser la relación del médico no con los otros profesionales médicos sólo sino también con los pacientes. Creo que eso ha sido una labor importante y en gran parte influencia de lo que ha sido el desarrollo de la bioética clínica.

Ahora hablaré un poco más, quizás, de cómo ha influido la bioética pero ¿qué ocurre con la generación más joven, con los médicos actuales menores de 35 años?

Claro los mayores de 35 podemos decir que se han formado en Bioética asistiendo a cursos, haciendo alguna especialización, el que ha podido ir a alguna maestría conformando comités, han sido la gente que realmente han entrado más en los comités, también algunos de los médicos mayores de 55 años pero fundamentalmente ha sido un sector de médicos más jóvenes el que ha entrado y el que se ha formado en Bioética y que realmente ha tenido interés en esos temas y ha observado y ha visto un cambio en la relación médico-paciente en la que se le demandaban muchas más cosas.

¿Qué ocurre con el médico más joven, menor a 35 años, por poner una edad aproximada?

Es un médico que en la mayor parte de nuestros países, ya ha recibido alguna información o alguna formación en Bioética dentro de su carrera. El médico, me refiero también a otros profesionales de la salud, me refiero también a enfermería, psicología, ya han recibido alguna asignatura de Bioética o de ética médica en su carrera profesional, se están incorporando a las currículas de la mayor parte de

los países. Pero también está en un momento, podemos decir, de inicio del ejercicio profesional muy diferente al que había antes ya no cabe actuar con la distancia del paternalismo tecnocientífico, ya se ha cambiado el modelo. Estamos en un modelo de medicina contractual, dicen algunos, realmente no se sabe en qué modelo estamos, al menos en la mayor parte de los países Latinoamericanos, hay unos bandazos muy grandes en varios proyectos de Ley que existen en varios países de Latinoamérica. Se pasa, se intenta pasar de una situación de paternalismo médico a una situación, podemos decir por el lado contrario, de asumir unos modelos externos del ámbito anglosajón fundamentalmente que no tienen nada que ver con la idiosincrasia propia de cada país.

En Chile un proyecto de Ley habla de que las decisiones no son conjuntas entre médico y paciente, no hay un consentimiento informado, se habla de consentimiento informado; es una de las contradicciones del proyecto de ley que espero que no sea ley así ¿No? Pero ya no es un consentimiento informado sino que la decisión es de exclusiva competencia y cito textualmente, exclusiva competencia del paciente. El médico, según este modelo, sería un técnico, un científico que informa y que pone al paciente en condiciones de decidir. Si ese es el modelo apropiado para una sociedad como la chilena o como la española o como cualquier país de Latinoamérica, pienso que no.

Estamos en un modelo de cambio, de asumir un nuevo modelo de relación entre los profesionales de la salud y los pacientes y dentro de ese nuevo modelo ya se ha recibido todo lo que ha aportado la bioética clínica en cuanto a la elaboración de los principios, ahora lo comentaré un poco más, pero ya no nos basta sólo con asumir esos principios; no nos basta solamente con la aplicación de los 4 principios fundamentales: la no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia; es decir, creo que se nos han quedado pequeños; ahora lo comentaré también un poco más. Nos han quedado pequeñas fundamentalmente por una concepción, podemos decir en que hay que fundamentar esos principios pero no basta con unas guías profesionales, nos basta con algo que es muy querido por parte de los médicos pero que tiene un límite que es la seguridad de la actuación profesional basada en guías éticas de actuación, que me digan cómo debo actuar desde fuera y cuando la decisión clínica fundamentalmente es una decisión en conciencia desde adentro, en el caso concreto, entonces hay todo un proceso en estos años, por influencia de la bioética clínica de definir y de establecer cuáles son los derechos de los pacientes, de introducirlo esto en los códigos deontológicos de medicina. Hay también una elaboración de normas, de guías, etc. del paciente, del niño hospitalizado, de lo que hay que hacer en urgencias, lo que hay que hacer en medicina interna, lo que hay que hacer en cuidado intensivos pero podemos decir, ya nos estamos dando cuenta de que no basta con que existan los comités de ética en los hospitales, sino que funcionen, eso es muy importante; pero no basta para resolver los conflictos y los problemas en la ética clínica y la Bioética no está únicamente con una función de bombero apaga fuegos, podemos decir en broma, como de ir solucionando los conflictos que el cambio de la relación médico-paciente y que los conflictos institucionales se están provocando.

Es una ayuda importante en la toma de decisiones en ética clínica y es una ayuda importante para resolver conflictos pero no es la misión fundamental de la Bioética, la misión fundamental de la Bioética clínica hoy en día debe ser cuestionar el modelo. Qué tipo de modelo, de relación médico-paciente queremos. En concreto en cada país, en las circunstancias de cada país.

Por eso el médico joven actual se encuentra con que sigue recibiendo una formación muchas veces basada en ese modelo tecnocientífico puro y duro, ya está incorporando algunos conocimientos de Bioética, a veces muy desligados del resto de lo que se le enseña en la carrera de medicina, es una especie de barniz bioético que se le da pero ya se empieza también a establecer algunas asignaturas que van mas bien a formar al profesional de la medicina precisamente con lo que se va a esperar de él. Ya no se espera únicamente un buen científico, un buen técnico, se espera un buen médico, un médico que consiga hacer una atención de calidad y una atención de calidad requiere de cualidades, ayer se nos hablaba, cualidades de comunicación con el paciente, cualidades de relación de ayuda con el paciente. Estoy impartiendo una asignatura que es ética y relación de ayuda con el profesional y con estudiantes de enfermería y de medicina en Santiago de Chile. Es una asignatura para ellos absolutamente nueva pero que les abre unos horizontes muy amplios; es decir, hoy en día ya no se entiende a un médico que no incorpore también lo que es una ética del cuidado, parecía que era algo exclusivo de la enfermería, lo de la ética del cuidado; es decir, hoy en día no puede haber un buen profesional de la medicina que no sepa de ética del cuidado y que no se vuelva a poner de manifiesto lo que estaba claro en la medicina tradicional de las virtudes del médico, del profesional médico.

Algunos autores hablan de que es necesario volver a una Bioética que ha olvidado hasta ahora el principio de beneficencia porque lo consideraban un principio paternalista, a una Bioética que vuelva a recuperar la beneficencia, ellos hablan de una beneficencia no paternalista, muy bien.

Pero es necesario volver al principio de beneficencia. No nos basta únicamente con una medicina defensiva basada en el principio de no-maleficencia con el código civil y penal y en el principio de justicia con relaciones de derechos y deberes con el paciente que es muy importante también, ni nos basta con una Bioética que asuma el principio de autonomía del paciente en su puesto, en su lugar, sino que necesitamos una Bioética que vuelva a insistir en cuáles son las cualidades, virtudes o valores, llámenlo como quieran porque a veces la palabra virtud tiene una connotación peyorativa, me refiero a la palabra virtual, al concepto de virtud clásico de Aristóteles. Hace falta una formación del médico también en unas virtudes, en unos valores médicos, en una relación de ayuda con el paciente, una relación interpersonal que va más allá de la del mero profesional científico.

¿Cómo hemos recibido la Bioética siendo un invento norteamericano? Lo hemos recibido desde Norteamérica, cómo lo hemos recibido en Europa y en Latinoamérica, en el caso de ustedes también en México.

Creo que ha sido un gran impacto, hemos asumido la interdisciplinariedad de la Bioética como un diálogo entre ciencias empíricas y ciencias humanísticas. Es difícil construir esa interdisciplinariedad. Durante mucho tiempo la Bioética ha sido algo que era exclusivo de los médicos con algún barniz jurídico o exclusivo de los juristas en lo que ha empezado a ser el Derecho Médico, pero que tampoco tenía una relación muy directa con los profesionales clínicos.

Creo que hace falta ese diálogo interdisciplinario y como comentaré más tarde también, no solamente en el ámbito de los profesionales de la salud y del ámbito jurídico, sino también con otros profesionales que hoy en día están plenamente necesitados de formación en Bioética como son todos los economistas que se dedican al ámbito de la salud y como son los políticos que deben regular todo lo que son las políticas de salud.

Muchos de los actuales problemas de la ética clínica no son, de relación médico-paciente, pero muchos son de relación médico-paciente con la institución, con el sistema de salud, con lo que se ha llamado el principio de justicia en cuanto a distribución de los recursos y en cuanto a equidad, en cuanto a igualdad en el acceso a los recursos de salud y en cuanto a los sistemas de salud plenamente justos.

En muchos de los países de Latinoamérica está la gran discusión acerca del Seguro Social, de los sistemas privados, el neoliberalismo que en algún país sí está repartiendo la tarta que existía antes de lo que era una atención pública de salud; en otro países se está repartiendo una tarta inexistente porque no había una buena atención justa en salud que realmente cubriera los criterios mínimos de justicia social, con lo cual se crean toda una serie de problemas que son importantísimos en los que debe entrar la Bioética. Por tanto hace falta llevar la Bioética también a los políticos que van a elaborar las políticas de salud, nos falta llevarlo a los Directivos de las instituciones de salud y a los economistas gestores de las instituciones de salud y hace falta una reflexión también desde la Bioética y esto es un llamado que me gusta realizar a los centros de Bioética, a las asociaciones de Bioética o a las instituciones que tienen que ver, en universidades con la Bioética, a que está muy bien que sigamos desarrollando todo el debate público en torno a los temas generales de Bioética General como puede ser reproducción humana, inicio de la vida, fin de la vida, etc. Pero no podemos dedicarnos solamente a eso ni podemos dedicarnos ya solamente a una ética clínica centrada en el consentimiento del paciente, en la información, en la confidencialidad, en lo que ha sido clásico en la ética clínica.

Tenemos que empezar a desarrollar, cuáles son las prioridades en justicia dentro de la atención de salud ¿Cómo realmente hay una igualdad de acceso a los sistemas de salud, cómo aplicamos los criterios de la justicia social al ámbito de la salud?

Esos son los problemas más serios, más graves a mi parecer. Les pongo un ejemplo concreto: hace unos meses estuve invitado por una Universidad en Montevideo, Uruguay a una reunión interparlamentaria con Diputados y Senadores, con Congresistas y Senadores de las dos Cámaras. Una jornada que me pareció extraordinaria, iniciativa de los propios diputados de formación en Bioética.

Llamaron a expertos, a través de sus Universidades, expertos para que fueran durante un día a explicar a todos los Diputados y Senadores que quisiera temas de Bioética.

Me parece una gran iniciativa que se ha hecho en muy pocos países hasta ahora; en mi país no se ha hecho, en España no se hecho. Tal y como estaba organizada la sesión, se nos pidió a cada uno que elaboráramos un tema. A mi me tocó intervenir al último, que tiene sus ventajas. Ser el primero tiene la ventaja que puede uno decir que a continuación van a hablar de todos los temas de los que uno no ha hablado pero intervenir al último también tiene la ventaja de que uno ha escuchado a todos los anteriores y me tocó escuchar intervenciones muy buenas, extraordinariamente buenas sobre asuntos de genómica, derecho genómico, clonación, etc. Fueron los únicos temas que se tocaron en toda la jornada.

En mi intervención cambié el sentido que iba a dar, bueno, yo no sé, si el problema fundamental, primordial de la salud en Uruguay, ahora mismo, es la clonación humana. Me parece que es muy importante, tenemos que dedicarnos a saber qué van a hacer otros países sobre clonación porque nos va a influir a todos. Pero, es la prioridad de la formación de los políticos uruguayos saber mucho acerca de los aspectos éticos de la clonación o, no sería mucho más importante saber del acceso por igual a los sistemas de salud, qué está pasando con la atención a la salud ¿cuáles son los problemas de justicia éticos que están planteando y cuáles pueden ser las soluciones jurídicas también a esos problemas?

No sé si me seguirán invitando a las reuniones del Comité Interparlamentario, me parece que sí, me parece que sí porque creo que acogieron el mensaje.

Cómo nos ponemos de acuerdo. La Bioética es una interdisciplina, es un debate ético en una sociedad plural basado en la tolerancia, es la elaboración de una teoría de fundamentación también apoyada en principios claros, concretos y si ha tenido éxito como Bioética clínica ha sido precisamente por la aplicación efectiva de esos principios en el ámbito clínico; con lo que ha sido una metodología de análisis de casos, metodología en la toma de decisiones clínicas, creación de los comités de ética asistencial, comisiones nacionales de Bioética, es decir, ha tenido una influencia muy clara porque se ha dirigido a un público muy concreto y ha sabido ser eficaz.

Ahora bien ¿Cómo se ha recibido la Bioética norteamericana?

Es decir, no se ha recibido, no tenemos la misma fundamentación en Bioética. El principio de autonomía no es el mismo ni en la Bioética europea ni en la Bioética latinoamericana que en la Bioética anglosajona.

En Europa se ha hablado de un Profesor Diego Gracia, conocido, ha hablado de una distinción de nivel de uno y nivel dos; el nivel uno serían siempre principios de carácter absoluto que no admiten excepciones, al menos así lo entiendo yo, que sería la no maleficencia y la justicia; de un nivel 2 que admite que es relativo, que hay que tener en cuenta, muy en cuenta pero que admite excepcio-

nes y que hay que cumplir hasta donde se pueda lo que es el respeto a la autonomía y la beneficencia.

Creo que eso es fundamental a la hora de aplicar los principios de Bioética al análisis de casos, a la toma de decisiones, etc. Pero también cómo fundamentamos estos principios.

No podemos basarnos y lo comentaré muy brevemente. No podemos basarnos en un esquema en que deja los aspectos económicos al utilitarismo plenamente; lo que ha dado resultado es el liberalismo de mercado y por lo tanto dejemos que la economía siga su rumbo con una ética utilitarista.

En el ámbito político, lo que ha dado resultado es la democracia liberal y por lo tanto basémonos en una ética de consenso de mínimos y dejemos los máximos éticos para el ámbito cultural, privado de cada uno. Allá si los médicos quieren elaborar unos códigos que tengan unos valores más universales pero los médicos se tendrán que atener también en su actuación a lo que la sociedad se imponga con una ética de mínimos pactada.


Creo que una ética de mínimos de puro consenso tampoco resuelve los problemas de una sociedad ética. Una ética utilitarista, menos. La ética utilitarista, yo creo que se está refutando así misma porque no consigue el mayor bien ni la mayor felicidad para el mayor número de personas.

Esto se creía en los años 70, 80 con el desarrollo económico y estamos viendo como puede haber países cada vez más ricos y un número cada vez mayor de pobres en otros países. No es un desarrollo homogéneo que el mercado lo va regulando. En la ética utilitarista, desde mi punto vista, no está siendo eficaz, que es lo que realmente se le pide a la ética utilitarista. A la ética de consenso de mínimos creo que también se está llegando a que la ética es algo puramente procedimental. Creo que es significativo que el propio Habermass que nadie le puede achacar de iusnaturalista ni mucho menos, habla de que la filosofía, la ética tiene que tener una abstención fundamentada en torno a lo que son los máximos éticos y en torno a lo que es una propuesta de vida buena o de felicidad de la persona. De ahí no cabe nada en común, cada uno tiene lo suyo. Y hasta ahora era su postura en todo lo que era el campo de la ética, no hay valores universales, cada uno tiene los suyos. Hay que ponerse de acuerdo en unos mínimos. En el último libro que ha escrito Habermass del futuro de la naturaleza humana y habla de naturaleza humana que me parece significativo hacia una eugenesia liberal. Precisamente todo el problema de la eugenesia le lleva a decir que no, que hay una serie de bienes importantes en la naturaleza que no podemos establecer por mero consenso; dejarlo a un consenso, podemos decir, de la economía de mercado. Si la gente quiere hacer selección del sexo de los hijos, dejémoslos, si la gente quiere hacer clonación y vamos a ir de hecho hacia una sociedad que va a practicar la eugenesia liberal. No impuesta desde el estado pero sí por actuaciones individuales. Creo que es muy significativo esto pero que hay que ir a una ética de consenso por puesto pero no de unos mínimos entendidos como puro establecimiento de votos, por votos. Unos mínimos que tienen que basarse en lo que son los bienes humanos fundamentales básicos a los que



todos podemos acceder por intuición en el Modelo de John Finnis o a través de la teoría de los valores. No entro en esto pero sí hace falta ponerse de acuerdo en cuáles son esos valores en cada sociedad y tenerlos en cuenta a la hora de establecer cualquier legislación en temas de Bioética y cualquier consenso en temas de Bioética porque estamos tocando bienes humanos fundamentales y no podemos dejarlo en manos de una simple evolución del consenso. Gracias.





**El Derecho Sanitario,  
medicina crítica y medicina forense**  
**Doctor Osvaldo Romo Pizarro**

Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales y Diplomado en Metodología de la Enseñanza por la Universidad de Chile. Profesor de Licenciatura y Postgrado en Medicina Legal, Ciencias Forenses, Derecho Sanitario, Psicología Jurídica en la Universidad de Chile, Academia de Ciencias Policiales de Chile y la Academia Judicial de Chile. Miembro del Comité de Honor con la Presidencia de los Reyes de España. Miembro de diversas sociedades y asociaciones relacionadas a medicina legal y forense en España y diversos países de Sudamérica. Fue Director Nacional del Servicio Médico Legal de Chile, autor de numerosas publicaciones médico-legales y actualmente es Presidente de la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario en Madrid, España.



Buenos días. Una vez más en este país hermano del nuestro por muchos años diría yo y por siglos tal vez. Desde luego con el agradecimiento sincero no sólo del propio sino también en representación de la Asociación Chilena de Derecho Sanitario en Iberoamérica que me han encargo de darle un saludo fraterno tanto a CONAMED como a sus miembros y esperamos incluso en unos momentos más, integrarlos a esta Asociación Iberoamericana la cual hemos estado configurando y constituyendo desde hace algunos años.

Indudablemente que es un agrado para mí estar con ustedes en esta hermosa ciudad que nos ha mostrado un distinguido colega anoche, también en partes que no conocíamos. Quiero hacer llegar nuestro agradecimiento a todos nuestros amigos de CONAMED en la persona de su Director y Comisionado el Doctor Tena Tamayo y no sería justo dejar de agradecer al Director de este magnífico Instituto de Rehabilitación el Doctor Ibarra. Indudablemente nos ha acogido en sus estructuras y con su logística.

Nosotros hemos escuchado la magnífica intervención de nuestro predecesor el Profesor Español. Sus ideas son muchas de espiritualidad en el futuro y ojalá sean de práctica. Yo los llevaré al presente, no quiero desilusionarlos, no les traigo soluciones. Les quiero decir con qué contamos, qué es el Derecho Sanitario, hasta dónde afecta. No solamente a la profesión médica sino a todos los vinculados con el acto médico. Decía León, ya no estamos ante la medicina paternalista, evidente, yo agrego Magallón: "basta con el título de profesionalidad del médico para saber que lo está haciendo bien". Ya no es así, indudablemente la medicina ha modificado no sólo su estilo, su gestión, su vinculación con el medio sino que también se han agregado otras profesiones que surgen ahora en la modernidad. Por eso no hablamos de Derecho Médico, hablamos de Derecho Sanitario, y esto no es agua potable, ni alcantarillado como en algunos países como el mío, se confunden. No es así; este agente sanitario, como preferimos llamarlo es el que tiene una relación, una vinculación con lo que también denominamos genéricamente acto médico. Ese acto médico donde participan no solo el médico, enfermeras, paramédicos tal vez algún administrativo relacionado y por sobre todo esto, además, instituciones que están luchando dentro de la gestión sanitaria de un país.

Hemos preparado una especie de vinculación trascendente entre la biología y el derecho. Esto yo lo he visto hace muchos años en la docencia de la medicina legal que hago, desde hace más de 30 años en la Universidad de Chile. La norma médico-legal demuestra su existencia al interior de las comunidades organizadas desde milenios, si bien en sus primeras épocas con la rudeza que genera la ignorancia en la resolución del conflicto médico. Con el transcurrir de las épocas se busca la equivalencia entre la responsabilidad del especialista que ejecutó la acción y las de noción en sus conclusiones considerando el daño. Ahora, es el riesgo que conlleva el caso, la ejecución de la acción médica. Se transita desde una clara ley del Talión, el conocido ojo por ojo, diente por diente. Acuérdense del ejemplo de los papiros, del alto imperio donde el médico que dejaba ciego al hombre que solamente tenía visión en un ojo, le sacaban los ojos a él y también

lo dejaban ciego. Se transita de esta manera en el transcurso de los siglos y la responsabilidad objetiva, pura y simple, el daño por el hecho del interviniente en el acto médico, va dejando paso a la idea de obtener una responsabilidad con equivalencia entre la acción del realizador y el daño con significación de su gravedad específica en la intervención que afectó a otro.

Más adelante el conocimiento del hombre en su estructura física y funcional lleva entonces a pensar que el médico ejercita su función en beneficio de la persona humana lo que posee una estructura y particularidades que presentan muchas veces elementos impredecibles con respecto a la gestión que realiza. Surge aquí el pensamiento que coloca al médico en una situación de beneficio y altruismo que lo distinguen, el que pasa a tomar una posición de salvador y sanador del enfermo. La medicina paternalista, a la cual debe estar agradecido él mismo y obligado a ese agradecimiento con la acción beneficiosa que realiza para él aún cuando debido a la insuficiencia de medios y de conocimiento, no consigue el objetivo perseguido. Aparece así la peritación médico-legal que hoy también realiza CONAMED, que deberá ampliar sus recursos y propios elementos de investigación metodológica para así poder llegar en definitiva a la conclusión que determinará si dicho acto fue el que originó finalmente el daño al paciente o usuario del mismo. Como ven ya no estoy hablando de paciente, hablo de paciente o usuario ¿Por qué? Porque este vínculo familiar paternal, repito e íntimo entre médico y paciente se ha destruido, ya no existe. Aquí existe la intervención del instituto en nuestro país el INSALUD de España, existe la interconsulta, existen los avances tecnológicos que nos van apartando en esa relación primordial entre paciente y médico tratante. Como sabemos, la pericia forense como expresión práctica de la medicina legal busca en su desarrollo encontrar la certeza pericial. Certeza pericial que es un conjunto de motivos que van a determinar una solución. Eso es lo que llamamos certeza pericial. Por Dios que es difícil hoy en día llegar a eso por un perito forense que indudablemente tendrá que introducirse en la especialidad médica, lo que llamamos en género *Lex Artis*, en la gestión del médico como también en otras, la *Lex Artis Ad Hoc* como se le llamó al principio en España y hoy la domina la literatura del Derecho Sanitario, es consecuente con los medios, con las disposiciones del medio que el médico tuvo que tomar en cuenta en el momento de su decisión en el ejercicio de la acción de acto médico que lleva adelante. Esta primitiva medicina legal del código de Hammurabi y no quiero ir a los Etruscos, obviamente. Basta considerar lo que decía el libro de la Biblia, por ejemplo, cuando señalaba las impurezas y la impureza de la mujer y en esos casos confundía una función absolutamente normal como es la menstruación de la mujer con una patología. Ha ido variando en el tiempo. En defensa de intereses tan preciados como son la salud y obviamente la propia vida del paciente que tratamos. En cuando a la medicina clínica, la medicina como ciencia en su relación con la medicina legal a la cual nos referíamos recién, se hace evidente señalar que siempre la norma médico legal irá acompañada del fundamento biológico-médico que es un substrato indispensable para la conclusión jurídica de aquélla.

Cuando determinamos en Chile en el Código Civil y la mayoría de nuestros Códigos Civiles tienen un fundamento en los Códigos Napoleónicos, en las 7 partidas, en el fuero Justo Español de esa época, sencillamente veremos cómo se determina un periodo de embarazo, seguramente como en el nuestro del siglo antepasado 1855, data el Código Civil Chileno, sencillamente el periodo de embarazo era entre 180 y 360, no 271, 272 días que entendemos que hoy en día dura.

Sin embargo, este sustrato biológico que está inserto en esa norma jurídica no es para conocer eso, eso lo conocíamos. A lo que nos lleva es a una resolución jurídica, al decir, la norma médico legal a la cual me refiero que se entienden hijos nacidos de ese matrimonio, los que una vez considerada la fecundación en este lapso posterior, nacieron. En otras palabras, estábamos viendo la legitimidad del hijo y no la determinación de un periodo o proceso de embarazo de una mujer.

Aún cuando debemos señalar las grandes diferencias que hoy día observamos de aquella medicina hipocrática de acción privada entre individuos y la actual medicina contemporánea que constituye la expresión de un servicio particular y social, se distingue en todo caso entre el derecho-obligación y el derecho de ver.

Siendo el primero parte integrante de lo que denominamos Lex Artis, en tanto al segundo, es conducta ética que también debe cumplir el profesional de la salud en su ejercicio.

En esta amalgama de elementos finalmente entrelazados que aportan la medicina y el derecho, surge el Derecho Sanitario, para indicar cuáles son los valores en que se apoya la defensa del paciente respecto del agente sanitario; esto es, en su correspondiente individualidad y autonomía como receptor del trato médico, su libertad de elección en el efecto natural de esa autonomía de decisión, como lo indica certeramente la carta de los Derechos del Paciente de la Asociación Médico Americana ¿Saben desde cuándo? Desde 1973. Como la Declaración de los Derechos del Paciente en la actualidad contemporánea. Nada hay nuevo sobre el horizonte. Si esto se está viendo desde hace mucho años. Lo que pasaba era que había que estructurar y constituir la norma que pudiera regular esta causa.

Todo ello estructura la profusa normativa que constituye hoy el denominado Derecho Sanitario como conjunto de leyes, reglamentos y normas éticas que tiene a la primitiva deontología médica como necesario marco que encuadra el ejercicio de los profesionales de la salud, especialmente de los médicos.

No obstante, queremos agregar que el Derecho como instrumento de equilibrio indispensable en toda sociedad también es llamado a velar por los valores y principios que consagra la norma legal y que son parte constituyente del ejercicio profesional del agente sanitario.

De ahí entonces que el Derecho Sanitario pueda también exigir al paciente el cumplimiento de sus obligaciones como tal, considerando la angustia moral de quien juega su prestigio y honor profesional cuando toma a su cargo el riesgo que significa la sanidad del paciente y muchas veces su vida. Difícil resulta obtener siempre en materia de salud, la concurrencia conjunta de los 3 elementos que constituyen el paradigma en la atención del enfermo. ¿Cuáles son? Y así lo

entendemos, la calidad de su atención, la equidad en su trato y finalmente la satisfacción otorgada por un sistema de salud que lo considera como acreedor de todos los beneficios que pueda otorgarle. No como un simple usuario al cual se le presta un servicio por obligación legal o reglamentaria sino como un deber ético de toda sociedad organizada. Esto evidentemente no es responsabilidad del profesional como la justicia en ciertos casos, así lo he entendido.

Escuchamos con estupefacción como la biología y en especial la medicina contemporánea han sido campo de progresos y descubrimientos sorprendentes, impredecibles, según decíamos que con el descubrimiento y creación de nuevas técnicas afines, abre nuevos campos de reflexión y estudio, lo que da lugar así mismo, a diversos puntos de referencia éticos, morales y obviamente jurídicos.

Se rebasa así el campo de acción de los primitivos límites de esta ciencia madre, abarcando cuestiones tan diversas como la fecundación artificial, no artificial, el acto eutanásico, no la eutanasia. La investigación genética tanto en la investigación criminalística y parental como también en aspectos de la medicina predictiva y su incidencia en el derecho, en la especialidad del mismo aparentemente ajenas, como son las relativas al Derecho Comercial y el Derecho Laboral.

En fin, otras, sobre el transplante de órganos y tejidos conducentes a prolongar la vida y que incluso cuestionan la muerte y esto a tal punto que ya resulta a veces difícil determinar, esta última cuando en un organismo aún prevalecen ciertas funciones fundamentales en su ejercicio y no obstante a ese individuo se le declara muerto. Es el caso de la muerte cerebral contenido en nuestro Código Sanitario después de configurarlo en una ley especial en el año 1982 con su correspondiente reglamento y en donde evidentemente existe un condicionamiento tecnológico clínico para determinar esta resolución en donde participan médicos especialistas, neurocirujanos, neurólogos. Bastante difícil.

En nuestra infancia bastaba una vela y un espejo para saber si una persona había muerto. Hoy día ya eso, evidentemente, no es suficiente. La pluralidad de cuestiones en juego, como así mismo la aplicación práctica de estos conocimientos en la investigación biotecnológica implica y requiere necesariamente de un análisis integral que corresponda a los enfoques plurales, multioperativos que de diversos puntos de vista, involucran dicha gestión en la consecución de sus objetivos. Es necesario por tanto obtener un contexto en este sentido que observamos indispensable, el que pueda responder al equilibrio que rige la vida del ser humano, la que corre el riesgo de destruirse cuando se interfiere y modifica su propia naturaleza. Es por esto que una visión simplista de esta materia, parcial, respecto de algunos o ciertos objetivos como podría ser exclusivamente una visión biológica, aún en esta materia, deja fuera de la discusión entre otros, el necesario análisis jurídico que debe intervenir en defensa del equilibrio que se busca socialmente. En la forma pluridisciplinaria de encontrar valores que regulen la conducta del agente sanitario en general y del investigador en particular, se podrá así obtener en definitiva una disposición respetuosa hacia el sujeto humano.



En nuestra modesta opinión, ésta parece ser la manera de otorgar beneficios al individuo humano y por ende a la sociedad que integra respecto de estas materias, respecto de estos nuevos conocimientos tecnológicos y científicos.

Por otra parte al procederse en esta forma simplista como se observa en alguna legislación sobre esta materia y nos da un excelente ejemplo nuestro predecesor, ya por error o desconocimiento será imposible obtener esa solución integral que corresponda a lo querido por el grupo social ya que cuando se trata de decidir sobre cuestiones de esta naturaleza incluso mal entendidas y peor explicadas que aún no consiguen concierto en la opinión de los científicos; forzoso es incluir lo insuficiente que puede ser la exclusiva voluntad y opinión al respecto ya sea de representantes políticos, de grupos de poder o por último de la opinión unilateral de algunos científicos. Desconocer por tanto, la trascendencia social que tiene la decisión en estas cuestiones conlleva el riesgo de producir leyes imprecisas en su texto y deficitarias en su contenido, lo estamos viendo en la práctica.

No hay que buscar entonces en ciertas ideas confesionales, la causa impeditiva para la investigación científica sino más bien en los riesgos ciertos del posible abuso en esta manipulación que sin lugar a dudas importan un serio riesgo social. Tampoco busquemos esta impediación en rectas aplicaciones terapéuticas, preocupación ésta además que es compartida y aceptada por la enseñanza ético-moral de la mayoría de las confesiones religiosas.

Se ha dado entonces un gran salto en esa primitiva medicina que si bien perseguía el objetivo ético de sanar, no estaba a su alcance en la realidad de sus posibilidades, la curación de las enfermedades y patología de todo tipo que se presentaban en aquella época antigua, incluso más, éstas se confundían con funciones normales en el ser humano. Sin embargo, en toda esta problemática de atención del médico, lo que estaba ausente era el elemento riesgo que involucra todo acto de responsabilidad sanitaria. Toda vez que siempre existe un riesgo que incide o pueda dar origen a la culpa del agente de la salud. La frase pero no por menos valedera de que la medicina no puede juzgarse por sus resultados; indudablemente que es valedera; sin embargo, es por eso que también trasciende hoy día, esa Lex Artis Ad Hoc, ya que no solamente se exige al médico su conocimiento, simple Lex Artis, también se le exige tenga conocimientos, consideración y condicionamiento, modalidad en su caso para el acto médico, en relación al medio, en relación a la instrumentalización con el cual debe operar.

Imagínense ustedes lo que significa hoy día un tratamiento mediante radiación, un tratamiento oncológico y vamos a ponerlo acá en mayoría de varones, un tratamiento oncológico prostático, del cual se dice nadie está libre en un momento determinado, ya sea por esta razón o por hiperplasia de la próstata pero en fin, veamos esto. Hoy día ese tratamiento se hace mediante dos puntos de ejecución, 4 puntos de ejecución de la radiación, 7 puntos de ejecución de la radiación mediante indudablemente una instrumentalización altamente tecnificada con camilla neumática con el objeto de centrar al paciente, etc. Y esto quién lo dirige, en esta pieza hermética porque es radiación. Esto lo dirige un paramédico,

lo dirige un paramédico y obviamente que va a salir en el momento preciso de esa pieza también.

¿Y quién sigue dirigiendo? Eso lo dirige otro tecnólogo médico que está detrás de un computador y que va suministrando los debidos "grades", ustedes lo conocen como medida de radiación que debe aplicarse en cada caso de acuerdo con la topografía anatómica de ese paciente. Como ustedes ven ¿a quién culpamos en ese caso? al paramédico, al médico o dos especialistas tecnológicos que están detrás de la computadora, al médico tratante que determinó y diagnosticó los "grades" en cada caso, a aquel técnico que levantó el relieve topográfico anatómico de esa persona. Se fijan ustedes, ya no es tan fácil responsabilizar a alguien en cuanto al daño producido por un acto médico. Hoy apreciamos dicha responsabilidad especialmente cuando no se consideran los riesgos previsibles en el acto que se ejecuta o bien no se cumple con sus formalidades indispensables en el caso que reglamenta la Lex Artis de dicho profesional. Por tal razón su problemática deberá estudiarse conforme a ese riesgo que en su ejecución tome el agente médico sobre sí.

De esta manera deberá determinarse si dicho riesgo es usual y ordinario o bien es inusual o extraordinario. Se argumenta entonces que cuando los factores ordinarios son naturales de la acción sanitaria considerada en amplitud, son alterados contra la Lex Artis, se desencadena la acuciosa fiscalización posterior que fundamenta ordinariamente la teoría objetiva del riesgo al crearse una situación de peligro que aproxima al paciente a una consecuencia dañosa para él. Se agrega a estas ideas, en la que participan la mayoría de los autores, que como atenuación de dicha responsabilidad, sino de la culpa que conlleva el acto, se observará necesariamente el cumplimiento de los requisitos que conforman esos conocimientos y la respectiva reglamentación sanitaria y que incluye preferentemente los derechos de los pacientes y las obligaciones del agente sanitario responsable del acto en su caso. Nunca más acertado y ustedes lo perdonarán pero lo deben conocer, aquel aforismo dirigido al médico, si bien no exento de cierta ironía, el cual señala: la vida es breve, el arte extenso, la ocasión fugaz, la experiencia insegura y el juicio difícil. Así también los fundamentos éticos en el actuar del agente y me refiero al agente sanitario, generalizando todos aquellos vinculados al acto médico, indican la necesaria consideración a la dignidad de la persona humana teniendo presente la condición plural del hombre en relación a la creación y generación en el origen de cada persona.

Por otra parte, la ética nos hace ver que el conocimiento científico debe tener sus límites, así como también un sentido y fines que no pueden ser otros que de beneficio para la humanidad. Se afirma a este respecto que el desarrollo científico se ha producido más debido a la audacia con que ha sido usada la ciencia para intervenir en la vida humana y acá se dio ejemplo de un distinguido autor que lo vemos cambiando de posiciones los últimos tiempos y menos se dice por los descubrimientos en la investigación que avanza. De ahí que se afirme que la conciencia de la libertad en su desempeño con los alcances que hoy en día observamos en el mundo científico, enfrenta al hombre con la cuestión de su

responsabilidad, es por tanto una responsabilidad decisiva y directa de nuestra propia acción libre, afirmándose que estas cuestiones a las que nos enfrentamos son nuevas, sin referencias convencionales, por lo que el hombre, el científico deberá otorgarle entonces su debida dimensión ética. Observamos que es necesario a este respecto sacar una consecuencia en esta materia que afecta al hombre en su ser, en su humanidad; es por esto que la divergencia u oposición sobre ello no podrá ser admitida sin abdicar de nuestra condición humana.

Debemos cuidar de no caer en una especie de utilitarismo, se decía, en que sólo se está en los efectos que el acto produce en la marcha del mundo para determinar la bondad o malicia que dicha acción tiene o pueda producir.

Sabemos que en la ejecución médica siempre existe una imbricada malla de obligaciones de diversos orbes y naturaleza que si bien, relacionadas dentro del efecto causal del acto médico, no siempre y necesariamente responde a la voluntad de iniciativa del profesional que lo ejecuta. El porqué de estos aspectos los encontramos en el hecho de que en la ciencia médica casi siempre influyen factores y variables imprevisibles e impredecibles como decíamos recién y según se advierte en el acto médico, lo que da origen a dudas sobre la causa determinante del daño producido con motivo del acto o acción ejecutada, es un poco el ejemplo que yo les daba, determinar quién es el responsable de haber producido una mayor radiación en determinados órganos que en definitiva ha dado como fundamento el daño que se reclama.

Esto nos lleva como consecuencia directa inmediata a la necesidad de investigar el elemento causal o desencadenante de dicho acto. Para allá va el derecho hasta el punto que hoy en día se habla de un derecho de daños, ni siquiera de un derecho de riesgo. Cuya relación con el resultado negativo obtenido servirá para establecer en definitiva aquellas circunstancias imprevisibles o impredecibles que concurrieron en él y que rompieron la debida y lógica derivación causal del mismo. Aquí es donde aparece el derecho médico hoy, Derecho Sanitario en toda su vital existencia, su organicidad y precepto son los que nos llevarán a la investigación sobre la prevención y el justo condicionamiento de ejecución del acto para determinar si éste se ejecutó conforme a reglamentación técnica y normativa aplicada a la Lex Artis Ad Hoc y de acuerdo a la Lex Artis profesional del agente sanitario.

Así debemos llegar a la conclusión que la culpa médica y ya estamos hablando de un derecho subjetivo, culpa médica, como cualquier otra, representa una falta de diligencia y previsión en la ejecución del acto médico, surgiendo entonces el problema cuando se trata de concretar dónde se produjo la falta, o bien poder determinar que el agente sanitario debió proveer aquello que al tenerlo en cuenta fue lo que en definitiva produjo el daño a su paciente.

Desde una perspectiva distinta respecto del Derecho primitivo sobre estas cuestiones y que no entendía la noción de culpa y sólo observaba la producción de un resultado dañoso, culpa objetiva, se denomina hoy en día para hacer efectiva la responsabilidad del causante del mismo. Hoy por el contrario se aprecian en la evolución de estos conceptos nuevas orientaciones en Derecho y las obliga-

ciones de los involucrados en este acto médico. Esto es, la vinculación jurídica que vincula a la gente y su paciente, creándose institutos normativos de especial significación en la determinación de responsabilidades como resulta ser entre otros, el denominado consentimiento informado que no es otra cosa que la información técnica clínica comprensible y total otorgada al paciente con la lealtad, y esto es fundamental, atención y responsabilidad que se le dé al mismo y que tiene como consecuencia lógica el consentimiento libre, espontáneo y sobre todo capaz en el orden jurídico que deberá prestar éste para que pueda ocurrir la intervención en su persona.

Quiero agregar dos palabras más aunque me extienda 3 minutos más. Se habló mucho de consentimiento informado ayer en esta sala; sin lugar a duda, es algo que a todos nos atañe, médicos, abogados, agentes sanitarios en general. Hoy día diríamos que es el non plus ultra, Derecho Sanitario; sin embargo, si lo aprecian es un poco lo que con cierta ironía yo digo es el juego de Colón, todos lo conocemos.

Qué médico no le dice a su paciente: mire esto es lo que voy a hacer, esto es lo que va a suceder, así va a quedar usted; no obstante, hoy día esta reglamentación nos lleva a un proceso, no es un acto, no es un formulario como se decía ayer. Eso es otra cosa, el consentimiento comienza, y esto no lo digo yo, no tendría mayor trascendencia si así fuera, lo dicen los autores, comienza desde que el paciente entra al consultorio del médico en un ejemplo generalizado, incluso más, algunos avanzan la idea de que cómo se atiende en la presentación del paciente y hablemos de secretaria, ya está el consentimiento informado ingresando en su gestión; pero no exageremos, indudablemente que desde el momento de la consulta, de la primera conversación con el paciente, médico tratante, comienza a producirse ese consentimiento informado; fundamento de él es esa confianza, esa intimidad en la vinculación entre médico-paciente, sin lugar a duda, cuestión principalísima y motivo, como lo dijo el Dr. Tena ayer, cuestión principalísima en los reclamos por acto dañoso que intentan los pacientes cuando no han obtenido una resolución favorable a la pregunta, al interrogatorio que le han hecho a su médico tratante. No obstante, esto no es tan sencillo, desgraciadamente.

Hoy día esta trascendencia del acto médico a institutos, organismos, interconsultas, etc., elementos tecnológicos de prueba para ciertos diagnósticos, evidentemente va disolviendo por así decirlo o diluyendo, si ustedes quieren, esta acción del consentimiento informado que ojalá fuera siempre entre médico y paciente. De ahí también se suscita otro problema más que el Derecho Sanitario está tratando de solucionar que es el de la ficha clínica y acá se hablaba de ficha clínica y aprovecho la oportunidad incluso para felicitar a los doctores Guerra y Chong que están haciendo una excelente labor. Me he interiorizado ahora que es un ideal, es probable, un ideal pero la vida está llena de ideales. La ciencia es un ideal, decía un filósofo español, en consecuencia nunca se alcanza pero siempre se progresa en ella.

En consecuencia miremos esto también con cierta objetividad y por sobre todo, mirémoslo también de acuerdo a nuestra idiosincrasia profesional. No apliquemos conceptos, ideas o programas extraños, muchos de ellos, indudablemente los podremos asimilar pero no todos, no todos y en consecuencia ahí están los institutos de guía en estas cuestiones. Por eso es que CONAMED está produciendo una función que es indispensable en el devenir del Derecho Sanitario debido a la función que realiza de asesoría técnica y obviamente de árbitro en ciertas contiendas de esta naturaleza.

El Derecho Sanitario entonces como conjunto de normas de carácter jurídico que subsumen en su condicionamiento los postulados y principios sanitarios en la atención del ser humano respecto de valores tan preciados como son su salud y su vida, media y resuelve el enfrentamiento que surge necesariamente entre la libertad de acción de la gente y el derecho a la seguridad del paciente o usuario objeto de la acción sanitaria.

En la actualidad la prestación del servicio sanitario ocupa y se extiende en un campo sumamente amplio que en general dice relación con la preocupación de la salud de la persona, lo que lleva a garantizar que las acciones sanitarias se desarrollen y vayan dirigidas a la curación de las enfermedades o patologías, la rehabilitación funcional y la reinserción social del paciente en la comunidad. En esta compleja problemática decíamos, se desenvuelve el médico y el agente sanitario en general, entendiéndose por tal a aquel que de alguna manera tiene ingerencia en la consecución de dichos objetivos, surge entonces la necesidad de estudiar formas y modalidades, estructurar instituciones y expedir en último término normas que sirvan y beneficien tanto al usuario de los servicios, pacientes en general como así también a aquellos que tienen relación ya sea en forma directa o bien indirectamente con el mismo.

Es por tanto necesario crear un sistema que atenúe las actuales y dañinas consecuencias colaterales derivadas de dicha problemática que hoy desemboca en la judicialización del conflicto donde dicho agente médico, especialmente, está sometido por el simple desempeño en su ejercicio profesional a los avatares del proceso judicial, sea civil, penal o administrativo. Así también quedará responsable la institución sanitaria a la cual pertenece, la que relacionaba con motivo de la prestación de dicho servicio, también resultará en definitiva imputada y seguramente dañada con el reclamo. Se reclama por último de la mala práctica en este ejercicio profesional donde se involucra tanto al sistema público como al privado hospitalario que pudo haberlo producido.

Facilitando, suministrando, expidiendo en el respectivo caso estas materias y conocimiento a fin de producir las consecuencias previstas en todo juicio, sobre todo si éste es de naturaleza penal. Lo que afectará además la dignidad profesional, la salud psíquica y algunas veces hasta el honor del profesional involucrado, más con las consecuencias de traer a la discusión pública la institución sanitaria donde se pretende se produjo el hecho dañoso reclamado, y con esto termino.

De esta manera la negociación o mediación, considerar si en sentido genérico, como práctica en una intervención para la superación de una diferencia, contra-

dicción o enfrentamiento que no sea o que no es llevado ante tribunales, garantiza no ser objeto de atención por parte de la opinión pública ya que es mantenida en el ámbito estricto del ejercicio profesional sanitario en la relación del paciente con él y con la dirección hospitalaria o bien, esta última, con un determinado profesional y su paciente.

En estos aspectos la *ratio juris* se ve modificada con la modalidad de la mediación, la cual por naturaleza es interactiva y persigue la práctica de la intervención en la diferencia o contradicción con nuevos procedimientos de gestión y composición para enfrentar el conflicto en un litigio no controversial cuando una especie de verdadera ideología de pacificación social como se le ha llamado, corresponde su naturaleza a lo consensual y en fin, de resolución negociada.

Según se ha manifestado por distinguidos magistrados, hay que buscar soluciones útiles y favorables a todos los participantes en el acto médico; esto es médico, paciente o usuario, instituciones hospitalarias y eventualmente compañías de seguro. Es por lo demás, la lógica de la modernidad en esta materia.

Finalmente, el desarrollo tecnológico y científico acarreará sin duda la generación de nuevas situaciones de riesgo que puedan producir daño, lo que podrá producirse en el ejercicio del profesional médico, agente sanitario en general, pese al perfeccionamiento de conocimientos y nuevas técnicas. Todo ello obliga a una revisión del problema de la responsabilidad por su acto; que no sólo sea para formular nuevas entidades procesales, judiciales o arbitrales, sino que además enriquezca los fundamentos de esta responsabilidad ampliando, creando nuevos condicionamientos y modalidades para así poder recabar las injusticias y la equidad, materializando los presupuestos básicos de igualdad de toda controversia jurídica.

Es la noble y difícil misión que tiene el Derecho Sanitario. Muchas gracias.



## **El Derecho Sanitario en México**

### **Lic. Octavio Casa Madrid Mata**

Egresado de la Facultad de Derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México, ha sido Profesor de Derecho Sanitario en el Diplomado y Maestría en Bioética en la Universidad Anáhuac, fue integrante de la Comisión Redactora de la Ley General de Salud, de tres de sus seis reglamentos, así como de diversas normas técnicas y oficiales mexicanas. Ha tenido cargos en la Secretaría de Salud, ha sido Subdirector de Apoyo Normativo y Concertación de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud y Asesor Jurídico de la Subsecretaría de Servicios de Salud. Ha publicado varios libros sobre Derecho Sanitario, estudios y ensayos jurídicos, históricos y filosóficos. Autor de cinco libros de Poesía. Actualmente es Director General de Arbitraje en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.





Quiero agradecer especialmente a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y en particular al Doctor Carlos Tena Tamayo el apoyo que ha estado dando a esta noble tarea, de trabajar el Derecho Sanitario. Me gusta cuando, hace veintitantos años, empezamos estas actividades y a veces buscábamos algún auditorio, algún lugar para presentar estos temas a veces era simplemente la asistencia de una, de dos, de tres personas y ahora creo que la asistencia no solamente lo reconcilia a uno con la vida, sino que se da uno cuenta que era correcto lo que estábamos haciendo y que ésta es la piedra de toque de algo que suena fascinante; suena interesante, y no sólo esto. Creo que el día de hoy, nos estamos dando cuenta que en esta materia jurídica, México está buscando la mayoría de edad y eso es lo que venimos a hacer el día de hoy.

Este trabajo está hecho a la memoria de Don Luis Jiménez de Asúa que, sin duda, fue quien rescató el Derecho Sanitario e inició la fase científica en Europa en los 20 y 30's.

Goethe ha dicho: El hombre ha nacido no para resolver los problemas del universo, sino para descubrir dónde empiezan los problemas y mantenerse, después, dentro de los límites de lo comprensible.

El presente trabajo tiene los siguiente elementos: iniciaré con algo de historia, hablaré un poco de lo que es el Derecho Sanitario y su sistemática y, por supuesto, en el contexto del Derecho Mexicano. Ya hemos obtenido la colaboración del destacado profesor Oswaldo Romo Pizarro, de Don Francisco Javier León Correa que nos han dado un poco la visión europea y latinoamericana del asunto. A mí me toca hablar de lo nacional, hablaré un poco del problema de la ley y para empezar a abrir boca, pues esto va hilado con la siguiente participación que es el análisis de los dilemas Bioéticos. Un poco al antagonismo ética y científicismo y, un poco, al visado sobre el futuro.

Siguiendo a Ignacio Roger Romo, la historia de la medicina puede ser estudiada en las siguientes etapas y, por supuesto, no me quiero meter en los terrenos de Don Carlos Fernández del Castillo que el día de hoy nos honra con su presencia.

Pero es de sobra sabido que hubo una edad de la fundación, una edad de la transición, una edad de renovación, un período erudito, un período reformador y un período de esplendor.

Como en cierto sentido quienes me han antecedido en el uso de la palabra se han referido a esto, no insistiré mucho, pero sí es importante tomar en cuenta que el Derecho Sanitario es tan antiguo, como la historia del Derecho.

El primer código escrito, el de Hammurabi, norma ya la práctica de la medicina así también, en el código de Ur Namur y en el Espejo de las Mujeres, ya se encontraban incipientes regulaciones de carácter sanitario. Quiero recordar, simplemente, que en el Levítico es donde se instaura el régimen jurídico de la atención epidemiológica.

En la Biblia y el Corán, por supuesto, la función médica se identifica con la sacerdotal; Hipócrates, Galeno y Pitágoras emiten ordenamientos específicos y vean ustedes la antigüedad de que datan las disposiciones de que estoy haciendo referencia. Desde Hipócrates, se establece el código y todavía sigue teniendo la

suficiente riqueza, tan es así que nos siguen teniendo con auditorios llenos, discutiendo estos temas.

En la edad de la renovación Jenner descubre la vacuna contra la viruela, hace la investigación clínica en él y sus hijos y esto lo cito porque esta situación desde el ángulo jurídico de nuestros días; por supuesto sería bastante más que opinable, pero en aquella época se permitió.

Cuando Crawford W. Long en 1842 duerme a sus pacientes, encontramos que las reglas de *Lex Artis* no eran exactamente las mismas. Es anestesiada la Reina Victoria y recuerden ustedes el gran impulso que dio la aceptación del uso de la anestesia por la Reina, para que se generalizara el procedimiento.

Pero veamos qué pasa con Pasteur y su impacto en lo jurídico, no nada más impactó este gran hombre, en las ciencias, en la medicina, en la salud pública; impactó el mundo jurídico y ahora procederé a explicar por qué.

Todos sabemos que Pasteur entre sus grandes contribuciones establece la teoría microbiana de la enfermedad. Pero ¿qué decía? y recuerden ustedes la emotiva comparecencia del maestro en la Academia Francesa: "El agua, la esponja y las hilas con que ustedes limpian y cubren la herida dejan sobre ésta los gérmenes que en muy corto tiempo causarán la muerte de los operados".

Es un gran brinco en la *Lex Artis*. Lister emplea la antisepsia y originalmente utilizó ácido fénico, lo utilizó más puro y se produjeron quemaduras bastante representativas. Después, utiliza una fórmula diluida y, ulteriormente, se desarrolla el sistema antiséptico. Si nos damos cuenta, es a partir de Pasteur, de Lister, en que se da el gran brinco, junto con ello Robert Koch identifica los agentes causales de diversas enfermedades.

En esos términos, a partir de ese momento la *Lex Artis* establece una serie de constantes que son válidas. Ahora nadie podría pensar, por ejemplo, en que alguien hiciera una cirugía a la manera de los antiguos cirujanos, previos a la época de Pasteur, en el cual se ponían aquel mandil de carnicero y generaban cirugías totalmente sépticas.

Pero qué pasa en México, pues hay quien dice que el Derecho Sanitario es muy nuevo o que es una moda extranjera o un tanto arcano o esnobista. Veamos qué pasa en nuestro país.

Según nos refiere Don Francisco de Asís Flores y Troncoso, el primer código sanitario se emitió nada menos que por Netzahualcóyotl. La primera autoridad sanitaria encargada de regular la atención médica en México fue el Tribunal del Protomedicato y veamos aquí la imagen del Generalísimo Morelos.

Morelos, nos habla en sus *Sentimientos de la Nación* de que la salud del pueblo es la suprema ley y la primera gran reforma sanitaria es iniciada por el que fue primer y único presidente médico: Valentín Gómez Farías.

El primero que emplea en una norma jurídica el término salud es Benito Juárez. Maximiliano es el que instaura el control sanitario de la prostitución, pero es importante porque además estableció una colaboración científica importante. Es el primero que establece un registro público fotográfico y fue necesario para esta difícil materia, ahora de salubridad local.

Benito Juárez instaura el Consejo Superior de Salubridad y a los pocos días de haber instaurado ésta que fue una de las tareas importantes de su vida, el Presidente del Consejo Superior de Salubridad fue el encargado de hacer la primera certificación médico-forense publicada en Diario Oficial. Y no fue ni más ni menos que la constatación científica de la defunción de Benito Juárez. Pero Benito Juárez también promovió la emisión del primer Código Sanitario.

No fue posible emitirlo inmediatamente, pero se instaura la Escuela Mexicana de los Higienistas y dentro de ella, me interesa destacar especialmente a Don Luis Hidalgo y Carpio, Padre de la Medicina Forense en México, señala que: *lesión es toda alteración en la salud*. Esta definición jurídica ha dado la vuelta al mundo y fue oriunda de un mexicano, de uno de los primeros sanitaristas mexicanos.

Más adelante a Porfirio Díaz, le tocó en suerte publicar dos códigos sanitarios pero en particular me interesa referirme al primero de carácter científico, que data de 1891. En 1908, propuesto a iniciativa presidencial de Porfirio Díaz, se instaura el régimen jurídico de la salubridad general de la República y quiero mencionar aquí que la salubridad general de la República es un concepto jurídico sanitario prevalente en nuestro país; es una definición de carácter constitucional a través de la cual, simplemente se establece el régimen competencial y se diferencia lo que son las atribuciones de la Federación y de las entidades federativas.

En 1917, en el contexto de la iniciativa constitucional que no fue prevista por él sino en el Congreso Constituyente se establece el Consejo de Salubridad General de la República.

Más adelante, en 1973, se emite el último Código Sanitario Nacional y se instaura el régimen de la disposición del cuerpo humano. En 1982, entre otros hitos importantes, se discute el derecho a la protección de la salud y, en 1983, forma parte de las garantías constitucionales.

En ese año, se inicia la reforma sanitaria que no hemos completado, llevamos 20 años y seguimos trabajando en esta empresa. En 1984 inicia su vigencia la Ley General de Salud, la que todos ustedes conocen.

A partir de estos científicos se genera un nuevo fenómeno jurídico, exigir el uso de medios de manera generalizada, esto genera el concepto jurídico de obligaciones de medios y se refiere al uso de medicamentos, equipo, órganos, tejidos y, en general, insumos, técnicas y procedimientos.

Ulteriormente, a partir de la experimentación científica y el humanismo de la post-guerra, se exige retirar de la atención insumos y prácticas ineficaces o inhumanas y esto origina una obligación adicional, la de actualizar el conocimiento.

Ahora se habla del concepto de impericia, el moderno concepto jurídico de impericia, no es el ignorante. solamente, también es el ignaro, el que no se ha actualizado.

La obra que inicia, insisto, el período científico del Derecho Sanitario contemporáneo es la obra clásica *Libertad de Amar y Derecho a Morir* de Don Luis Jiménez de Asúa.

Se acusó al maestro de haber vertido conceptos antisociales, como el amor libre y la restricción voluntaria de la maternidad; nada más ajeno a esto. El maes-

tro habló de la eugenesia, la eutanasia. El veía la catástrofe que se cernía sobre la humanidad con la guerra, la política seleccionadora y, entonces, inició un conjunto de reflexiones jurídicas para que la legislación sanitaria internacional buscara privilegiar el humanismo y la persona humana; desgraciadamente esto costó al maestro suspensión de cátedra y medio sueldo, él daba cátedra en la Universidad de Murcia y él hablaba de las *diatribas naranjeras* porque, por supuesto fue calumniado, fue satanizado; pero la respuesta de los catedráticos, independientemente de que fueran menos liberales que Don Luis, fue unánime: Hubo una protesta pública de carácter universitario por la suspensión del maestro.

Esto llevó a la reinstalación inmediata de la cátedra y su obra sigue siendo clásica, insisto. Recuerden ustedes que Don Luis Jiménez de Asúa fue el Presidente de la Comisión Redactora de la Constitución de la República Española y, ulteriormente, fue Presidente de la República Española en el Exilio y creo que esto es, un poco, el corolario de lo que tuvieron que sufrir algunos sanitaristas.

Pese a la evolución médica en algunas disciplinas jurídicas, se ha mantenido una constante, analizar los problemas médicos exclusivamente a la luz de los modelos decimonónicos; todavía sigue padeciendo nuestra legislación de conceptos tan pedestres -diría yo- como que la legislación laboral, en lugar de estupefacientes y psicotrópicos, hablan de drogas enervantes; ésta era la clasificación del siglo XIX y no se ha actualizado, desgraciadamente.

Especialmente, es preocupante recurrir a modelos punitivos para analizar el acto biomédico. Hemos visto, que, a veces, los juicios son verdaderos procesos de residencia en contra del médico. Para los que no sepan qué eran los procesos de residencia, diré lo siguiente: En el Derecho Novohispánico, cuando el Virrey terminaba su encargo, se establecía un tribunal de residencia que juzgaba si había desvíos, esencialmente porque debía enterarse el dinero necesario a la corona española y quería saberse si no era deudor de alguna cantidad de dinero y, tal pareciera, que mediante estos modelos punitivos, el médico después de atender al paciente, tendría que pasar a una instancia que revisara *de oficio* si es culpable o no de desviaciones. Esto es intolerancia, un intolerable sistema que, por supuesto, no es justo y podrá ser legalista, pero no tiene nada que ver con la justicia.

En esos términos, hay, además, quien supone que el Derecho Sanitario únicamente se refiere a la atención médica, veremos cuál ha sido la visión, insisto, de los sanitaristas mexicanos desde el siglo XIX a la fecha porque el cuerpo de doctrina nacional, que en algunos casos ha establecido criterios exportables a otros países, podemos entenderlo *como la rama del derecho público encargada de regular los actos de protección de la salud en sentido estricto, particularmente la acción sanitaria, la asistencia social y la atención médica.*

Si nos damos cuenta, se refiere a los grandes rubros de la atención a la salud, esto es, la salud pública especialmente por la acción sanitaria, la asistencia social, cuyo régimen jurídico se incorporó de manera sistemática a partir de la Ley General de Salud y la atención médica, que ha sido uno de los rubros esenciales.

Pero, además, el derecho sanitario posee autonomía conceptual y sistemática, un cuerpo de doctrina propio y un número significativo de normas.

Pero ¿Cuáles son los rubros esenciales? Por una parte el derecho constitucional a la protección de la salud, el régimen de la acción sanitaria que lo voy a definir de la siguiente manera: *Es el conjunto de actos públicos para la prestación de servicios de sanidad o de salubridad.*

Esa es la connotación jurídica proviene del derecho francés y aquí cito a Savatier, a Pequiot, Avóy y a los dos grandes tratadistas franceses que son Jacques Moreau y Didier Trouchet, hablamos de la atención médica, de la asistencia social, de la salubridad general de la República, del sistema nacional de salud, de la teoría de la ley jus sanitaria, de la legitimación de los programas públicos. Hay un conjunto de reglas, de principios, de doctrinas que tienen por objeto estudiar si un programa público se justifica, si no se justifica, si es legítimo, si no lo es.

La teoría de la acción popular que es inspirada en las *class actions* del sistema británico y por la cual, en el artículo 60 de nuestra Ley General de Salud, cualquier persona puede denunciar ante la autoridad sanitaria cualquier acto que ponga en riesgo la salud de las personas, bastando para dar curso a esta acción, que se mencione la causa de riesgo.

Por supuesto, la ética médica y con ello la Bioética y la Deontología que no son lo mismo y ya lo veremos en la siguiente mesa, la teoría de la legitimación del acto biomédico que ha sido el *caballito de batalla* en los últimos años; un poco por la demanda, y no tanto porque sea el único problema que necesitamos investigar o atender.

Por supuesto, el régimen jurídico de la investigación para la salud; uno de los filones más ricos del Derecho Sanitario que ha obligado a revisar la teoría general del Derecho en los últimos 50 años, y la teoría de la disposición del cuerpo humano. En esta teoría de la disposición del cuerpo humano tenemos que referirnos a la situación jurídica de un individuo, desde antes de nacer, hasta de post-mortem, pasando por toda la parte de Biotecnología, clonación, derechos de decisión, autonomía, paciente terminal, etc.

El régimen de policía sanitaria y por favor no confundan a la policía sanitaria con el gendarme de la esquina, no va por ahí.

Emiglio Buzzi que es uno de los tratadistas clásicos, nos dice que el régimen de policía *es aquél, merced al cual, en aras del orden público y para proteger un bien público se limita la actividad de los particulares.* Esa es la definición clásica del régimen de policía que en México se ha interpretado bajo los rubros de control sanitario de productos, servicios, publicidad, atención médica, etc.

Dentro de la parte procesal debemos destacar dos grandes rubros: el proceso contencioso sanitario y el arbitraje médico y hay que diferenciar lo siguiente: El arbitraje médico no es un proceso administrativo, es de naturaleza civil y se diferencia del contencioso sanitario. En el contencioso sanitario solamente hay dos partes, la autoridad sanitaria y el particular que pudo haber o no infringido rubros de disposiciones de policía (publicidad, reglamentación, etc.). Pero en el caso del arbitraje médico, se trata de resolver controversias de naturaleza civil por un tercero imparcial, que es muy distinto.

Y finalmente, uno de los rubros clásicos, que es el régimen de los delitos contra la salud y aquí me pasma hablar o recordar lo que de repente dicen algunos juristas, que piensan que los delitos contra la salud son los del narcotráfico; esto no es cierto, esos son solamente unos cuantos. La gran mayoría de los delitos contra la salud se encuentran legislados en la Ley General de Salud y voy a citar algunos: disposición indebida de aguas, contaminación de insumos, disposición indebida del cuerpo humano, uso de agentes patógenos, mal uso de radiaciones ionizantes, investigación clínica irregular en seres humanos, etc..

Sin embargo, a pesar de todo esto prevalece una visión fragmentaria y la necesidad de mayor profundidad de análisis.

El Derecho Sanitario, por lo tanto, no es mera Biojurídica, es algo mucho más profundo que estamos analizando en esta ocasión.

En las universidades europeas existen cursos de postgrado en Derecho Sanitario; sin embargo, en México apenas empieza un período de divulgación.

Hasta ahora la mayor parte de la doctrina jurídico sanitaria ha sido elaborada por personal médico, lo cual no es deleznable, pero nos ha dado algunos problemas ya verán más adelante por qué.

Las instituciones doctrinarias del Derecho Sanitario surgen esencialmente de la *lex artis medica* y hemos visto que las dos grandes fuentes formales del Derecho Sanitario son la *lex artis* y la ética médica, pero van a ver por qué hablo de problemas. Vean ustedes.

Escribe uno de los tratadistas clásicos del Derecho Sanitario Español, Ramón Martín Mateo y que, por supuesto, ha explorado el mundo de la Bioética y de la Deontología: *Ante la ausencia de una regulación adecuada y el escaso concurso de los juristas, han sido los profesionales de la medicina quienes han propiciado una auto-normación, recordemos que los bancos de semen, -vean de lo que estamos hablando- se constituyen entre nosotros como sociedades anónimas de naturaleza cultural.*

Vean ustedes si no esto no suena a un verdadero problema.

Por otra parte, por ejemplo, un constante vacío legal generó que la carrera espacial que también es parte del Derecho Sanitario, se llevara a cabo *de facto* empleando personal militar y esto era justificable pero cuál era la reglamentación: simplemente fueron órdenes militares y nada más. Pero ¿es correcto eso? Así, ante el conflicto entre el investigador y el regulador, algunos prefieren olvidarse de las normas del derecho. *Hay quien dice que no debe haber regulación en estas materias.*

En esos términos, no todo progreso tecnológico y, éste es un axioma del Derecho Sanitario, necesariamente entraña progreso moral.

La clonación, por ejemplo, supone generar, como dirían algunos autores, *fotocopias humanas*, hay que preguntarnos si queremos fotocopias humanas.

Y por ejemplo, aquí vean ustedes un ejemplo tomado de una revista *doce maneras de hacer un bebé*, interesante ¿No?

Escribe José Luis Pinillos en su obra *La Mente Humana*; al hablar de progreso, sin embargo, es preciso distinguir, por lo pronto, dos dimensiones del mismo;

progreso científico y técnico de una parte, y moral y artístico de otro. Indudablemente, es difícil demostrar que la humanidad, al menos la humanidad histórica, ha progresado sensiblemente en el orden moral y artístico, aunque también aquí el progreso es evidente si se opera con períodos de tiempo superiores a los que nos tiene habituada nuestra historia. De todas formas, en esta dimensión no técnica del progreso, siempre cabe argüir que las ciudades de los asirios no superaron a las de Dachau, Katar o Hiroshima.

Por otra parte, es menester señalar que la medicina es, además de ciencia y arte, un producto de la cultura; por ello existen, atendiendo al intérprete, diversos lenguajes de la medicalización; y esto es uno de los ángulos del problema, citaré aquí a uno de los tratadistas de la Bioética clásica Engelhardt que nos dice: hay distintos lenguajes de la medicina, uno de ellos habla de supuestas devaluaciones o defunciones, dolencias y deformidades “acceptables” pero en fin, opiniones sobre descripciones, otro habla de modelos explicativos causales y en fin, otro que habla de expectativas sociales.

El lenguaje técnico ha venido a convertirse en semiótica esotérica; esto genera divorcio con el no iniciado. En respuesta el no iniciado asume su medicina; decía Oswald Spengler que en esta época de alta tecnificación, se iba a regresar a un *charlatanismo funcional* y vean que ahora los charlatanes tienen Academias Nacionales de Charlatanismo y se anuncian como el último grito de la moda científicista.

Pero la misma enfermedad se asocia al sufrimiento, al *pathos*, es un desvalor que incide en la cultura, no siempre se acepta la idea de enfermedad y además, hay que reconocerlo, prevalece el inconsciente colectivo y el inconsciente colectivo también legisla, perdónenme, pero también legisla.

Y las expectativas sociales, por su parte, prohíjan duelos patológicos; se exigen resultados, se reta al juicio médico; existe un ámbito perfectamente pasional. Hay rechazo a la sobremedicalización también, pero da pábulo a la lucha ideológico-religiosa y aquí voy a decirles un problema, por ejemplo, en Derecho Sanitario, tenemos 30 años intentando modificar la legislación de aborto que es un problema de salubridad general de la República, para entender desde el ángulo de la salubridad general de la República el problema. Sin embargo, esto ha sido imposible. Hay dos posiciones extremas, como diría también mi queridísimo Maestro Don Mariano Jiménez Huerta, los liberalistas extremos y los tremendistas. Ninguno de los dos tiene razón. Lo que estamos viendo es que hay abortos sépticos, que hay problemas de salubridad general, hay individuos cuya vida no se salvó y estamos siendo partícipes de esto por una pésima legislación que todavía data del Siglo XIX y ha sido abandonada en todo el mundo.

Pero nos encontramos en algunos rubros al borde del nihilismo, no existe una forma de valoración secular general, hay un voluntarismo autoritario porque los grupos extremos que quieren reivindicar derechos, a veces, lo que buscan no es la reivindicación, no, es un autoritarismo para que los demás se plieguen a su punto de vista.

Incluso, de repente, nos vamos a enfrentar con que alguien llega y presenta una carta que es nula en el derecho mexicano, que la pretenden llamar Living

will, en donde dicen: perdóname, haz lo que yo quiera y si se me ocurre cambiar de opinión también y esto, por supuesto, es voluntarismo autoritario; pero también hay una moral de facto y hay quien pretende, como ya destacó el Doctor León Correa, buscar una moral de consenso y, por supuesto, no es la idea mediante la cual se puedan resolver los problemas.

Mientras el profesional busca la causalidad, el no iniciado busca el reforzamiento cultural. Ahora hasta el atavismo, insisto, busca expresión científica. Se pretende una teoría democratizadora de la enfermedad.

Por si fuera poco, no siempre es fácil hallar consenso en la *lex artis* y la deontología médica. Hay asuntos muy, muy difíciles, hay cuestiones de criterios.

Aquí vean ustedes una serie de los dilemas Bioéticos, simplemente lo hago para anunciar, para ir anunciando cuáles son, no los vamos a resolver en este momento, pero más adelante volveremos sobre lo mismo. Veán ustedes.

Existen tantos dilemas como intérpretes, frecuentemente existen planteamientos poco informados al respecto. Ese es uno de los grandes líos. Si bien el ámbito de examen, es por regla general, la medicina, se plantean situaciones extremas. Hay quienes han supuesto que existe un *derecho al suicidio*, el *derecho al hijo*, el *derecho al resultado curativo*, el *derecho a privar de la vida a seres sin valor* y no me cuenten que eso no existe. Se está pretendiendo entronizar de nueva cuenta en Holanda y estamos regresando al fantasma que ya veía Don Luis Jiménez de Asúa con la famosa y mal llamada eutanasia y recuerden ustedes que esto dio lugar a una doctrina jurídica atroz, aterradora, establecida por Carlos Binding quien dijo *no ver de ninguna suerte, impedimentos legales, éticos o sociales o médicos para privar de la vida a esta serie de seres sin valor*. Carlos Binding, fue el autor intelectual del régimen jurídico nazi.

Como podrá observarse, estamos actualizando, retrogradando a problemas que se supone debieron haber sido superados hace 50 años, lo menos.

Otros supuestos derechos: el *derecho a afrentar sexualmente a la mujer*, el *derecho a matar por motivos religiosos*. Mientras eso sucede, la medicina busca estudiar e incidir en la causalidad biopsicosocial *para curar y aliviar el dolor, insisto*.

Y entonces para evaluar un poco lo que es el progreso, nos dice el prestigiado tratadista español Don Manuel García Morente, que existen una serie de principios para establecer lo que sí es el progreso. **El primer grupo** se refiere a la realización de valores y en esto tendríamos que descubrir: se descubre o se inventa un valor, desde el punto de vista ético por supuesto. Transformar una cosa en bien, no es lo mismo una cosa que bien, y aquí quiero citar a mi queridísimo maestro Leandro Asuara Pérez, maestro emérito de Filosofía del Derecho de la Facultad de Derecho que distinguía, que no es lo mismo una sociedad cosificada en donde los anti-valores son entronizados como los bienes fundamentales. Es un mundo al revés.

La institución destinada a realizar un valor, cuando se establece, también implica progreso. También lo implica la mejor realización de un valor. Los aumentos de bienes en cantidad y hablo de bienes en sentido filosófico, no nada más de acumulación de dinero, la disminución de males; por el contrario, **el aumento de los males siempre será un retroceso.**



En este primer grupo también, la conversión de un bien medio, en un bien fin, *no constituye progreso* y puede constituir detención o retroceso y aquí tenemos un gran antivalor en el mundo del Derecho Sanitario y la Bioética que se llama *instrumentalización*; esto es, *usar al individuo como medio y no como fin*. Granjas de individuos para órganos, para clonación, etc.

**Segundo grupo.** Es la estimación de valores, esto se consigue a través de la educación. Todo aumento en la capacidad humana para estimar valores es un bien, toda rectificación a aberraciones estimativas es progreso también y en el tercer grupo, cuando hablamos del juicio sobre el progreso universal, el fomento y desarrollo de un valor inferior, con detrimento de otro valor superior, es un retroceso. En cambio, el descubrimiento del problema y cambio de actitud sí es progreso. El fomento y desarrollo de un valor superior con detrimento de uno inferior, puede ser retroceso, **se debe buscar el paralelo desarrollo de los valores**. Los valores no son en sí incompatibles sólo la técnica de su realización puede ponerlos en conflicto. Vean ustedes, este es uno de los grandes problemas, que se están mal planteando, aquí surgen elementos metodológicos para resolver los dilemas, los cuestionamientos; **si se plantean correctamente, ellos mismos nos llevan a la solución**.

**El progreso universal resulta de los progresos particulares**, pero teniendo esencialmente en cuenta la jerarquía entre los valores y la lógica de lo razonable; por supuesto, no voy a insistir mucho en esto, está influida por la axiología, los valores, la realidad y la experiencia y recuerden ustedes, aquí deberíamos pensar en la congruencia entre los valores y lo posible.

En Derecho Sanitario se dice que **no todo lo que es posible, es permisible y por supuesto, no es justo** y me hago cargo que el problema es verdaderamente enorme, por una parte el imperativo categórico, esto es, la necesidad de actuar éticamente, se convierte en deberes, se convierte en máximas pero el imperativo técnico a veces se inspira en la necesidad; entonces, lo que **debemos empatar es la necesidad condicionada con el deber condicionado** y en ese sentido cumplir el imperativo categórico a la vez que el imperativo técnico. Esto es, la necesidad técnica, debe inspirar al imperativo categórico y retroalimentarse en el mundo de los deberes.

Esta es la gran tarea del Derecho Sanitario y de la Bioética, pero en medio de todo sabemos que existe un arbitrio, que cada quien es autolegisador y en este caso no estoy rescatando simplemente la idea Kantiana. En atención médica no se trata de establecer recetas de cocina, se trata de establecer criterios, parámetros generales, porque quien finalmente está estableciendo las normas, como derecho consuetudinario, *es el médico*.

Sin embargo, algunos soslayando este problema, vean por donde quieren orientar las cosas. Ya pretenden legislar un derecho penal tecnológico, se ha discutido la posibilidad de aplicar *congelación como pena*, ya hay corrientes en este sentido. Pero vean por ejemplo, qué pasa con el asunto de la congelación.

El Doctor James Bethword es el primer congelado. Falleció de cáncer. El 12 de enero del 67, los doctores Etinher, Nelson, Able, Prehoda y Hope introdujeron su

cadáver en una cápsula funeraria de 195 grados centígrados bajo cero y por qué creen que no hablamos en la Ley General de Salud de entierro, hablamos de destino final pues ya estaba prevista esta posibilidad de congelación, 195 grados bajo cero, mantenida con nitrógeno líquido. Todas sus células y bacterias están congeladas en espera de resurrección.

Pero el caso de Karen Quincan que también es verdaderamente difícil. Un tribunal autorizó en Nueva Jersey en 76, desconectar el respirador. La paciente sobrevivió una década en estado vegetativo. A veces los tribunales se equivocan.

Pero los problemas que hemos observado no solamente son de concepto, de criterio, de polemicidad sino que hay una invasión del ámbito federal en legislaciones locales. Por ejemplo, hay una entidad federativa, y no digo cuál, en donde hablan de sanidad marítima *cuando no tienen vista al mar*. No puede ser que exista ese tipo de legislación. Hay legislación a veces puramente conceptual. Ya han destacado que de repente legislan sobre clonación que no es un problema que se esté viviendo en estos momentos, recordando lo que decía Don Luis Recasinos Siches, *toda norma jurídica es la respuesta práctica a un problema práctico, sentido como de urgente solución* y perdónenme, hay asuntos sanitarios que requieren la atención inmediata del jurista y del sanitarista y no estar pensando, necesariamente, en principio, en la clonación.

Pero también, insisto, hay una cuestión que no parece muy justa: es una visión punitiva hacia el médico. Pero vamos a ver, por ejemplo, otro tipo de soluciones ineficaces, la legislación injustificada en el caso de fertilización asistida en el D.F. creo que es uno de los ejemplos de lo que no se debe hacer, inserción de delitos médicos injustificados, considerar, por ejemplo, al tráfico de órganos, delito de alta peligrosidad, se dice que es un crimen organizado, nunca hemos visto un caso y, sin embargo, están legislando con esto. Y en cambio, este tipo de normas ¿Saben qué están generando? que se pierdan por cada *periodicazo*, 80 transplantes de órganos en nuestro país, esto es lamentable.

Pero vean ustedes por ejemplo, los elementos “personales” o padres de una fertilización heteróloga, el aportante de espermatozoides, la madre de alquiler, aportante del óvulo y, sinceramente, no se necesitan mayores comentarios.

Vean ustedes un gran problema, a razón de dos aportaciones de células germinales, un aportante podría dar origen a 18,000 seres humanos, anualmente.

Pero vean lo que se legisló, van a ver qué interesante. Vean ustedes, es la fabulosa legislación y la reforma civil en el Código del Distrito Federal. *También se da el parentesco por consanguinidad en el hijo producto*. La Bioética ya no habla de productos sino de *nasciturus, de reproducción asistida y de quienes la consientan*. Entonces yo siempre les hago una broma: hay que decirles a los que votaron por parte de la Asamblea Legislativa, que *todos son los padres de esas criaturas*, entonces por favor *hay que demandarles pensión alimentaria*.

No es correcto legislar así. Esto tiene que ver con lo que en el derecho francés se llamaba pluralidad de padre y de madre que era una institución jurídica francesa que existía muchos años antes pero aquí la aplicaron mal pues ni doctrina había.

Pero vean otra regulación jurídica que me parece ineficaz, la omisión del informe médico forense. Creo que esto es muy claro. Y entonces vean ustedes este tipo de delito que yo no sé si simplemente era una violación administrativa y se les ocurre en el Distrito Federal, 6 meses a 3 años de prisión, perdóneme, me parece una reducción al absurdo.

Entonces la situación estriba en plantear estudios sistemáticos. Veamos, estamos a tiempo de evitar el problema moral que se produciría de seguir el autoritarismo, ya vimos un ejemplo en Estados Unidos bastante lamentable. Veamos, ustedes, experimentos aberrantes y esto también es materia de Derecho Sanitario. Veamos, ustedes, está reportado, yo no lo he comprobado, pero se dice, lo he visto en varias publicaciones, cito la fuente *Muy Interesante*, que se han esparcido en Estados Unidos agentes patógenos en pequeñas poblaciones **para estudiar la resistencia de la población a la guerra biológica**. Yo no sé si esto sea cierto pero lo que sí les digo, que en México es un delito de alta peligrosidad y máxime si fueran agentes patógenos del grupo 4.

Veamos, ustedes a este personaje ampliamente conocido Frankenstein, veamos lo que dice desde el punto de vista filosófico y aquí repito a Mary Shelley: *Maldito sea mi creador ¿Por qué me habrás dado forma de monstruo tan repugnante que hasta tú te alejaste de mí?*

Y es un problema filosófico, pero veamos lo que dice Mary W. Shelley: *Una persona normal debe mantener siempre una mentalidad tranquila y pacífica sin permitir que esa tranquilidad se vea jamás trastornada por la pasión o los deseos transitorios, sin que piense que la búsqueda del conocimiento sea una excepción a esta regla.*

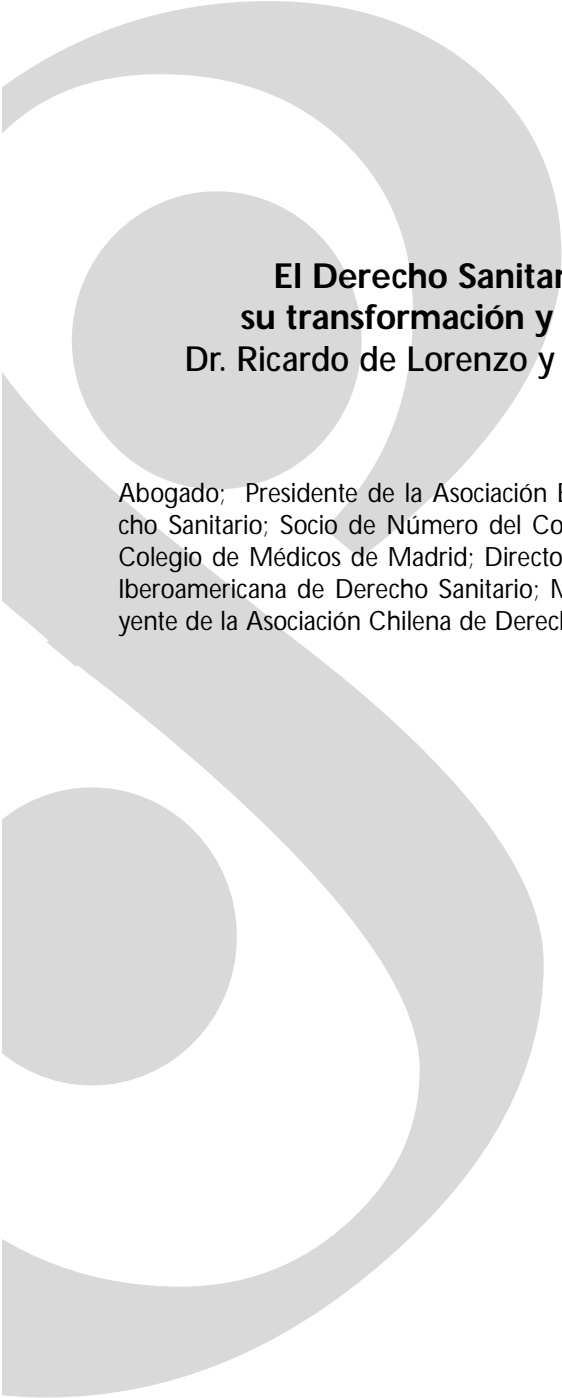
Tal sentencia debe estar inscrita en todas las legislaciones de investigación clínica: *si el estudio al que usted se dedica tiende a debilitar sus afectos y a destruir su inclinación hacia los placeres sencillos en los que no puede mezclarse contaminación alguna, entonces ese estudio es inmoral e inconveniente para la mente humana.*

Si se trata de un axioma del Derecho Sanitario, *si siempre se observara esta regla, si ningún hombre permitiera que ambición alguna se interpusiera en la tranquilidad de sus afectos domésticos, Grecia no hubiese sido esclavizada. César habría conservado su país, América hubiese sido descubierta más gradualmente y los imperios de México y el Perú no habrían sido destruidos.*

Por supuesto H. G. Wells, planteó la posibilidad de favorecer la infelicidad humana y recuerden *la Isla del Doctor Moreau*. Se trata de buscar nuevas posibilidades, ya se han previsto muchísimas situaciones, por ejemplo, posibilidad de borrar una memoria y qué hablar del genoma, etc. La alteración y reconstrucción de la personalidad humana, regeneración de órganos; entonces creo a título de conclusión operacional, a reserva de que habría mucho más que decir, pero simplemente en razón de tiempo, no quiero aburrirlos más.

En esos términos, los principios clásicos deben prevalecer, si bien interpretados a la luz de una nueva realidad y creemos que esa es la tarea de la Bioética y por supuesto del Derecho Sanitario. Les agradezco mucho su atención.



A large, light gray, stylized letter 'S' graphic that serves as a background for the text. It is composed of thick, rounded strokes and is positioned on the left side of the page, extending vertically from the top to the bottom.

**El Derecho Sanitario,  
su transformación y reto.**  
Dr. Ricardo de Lorenzo y Montero

Abogado; Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario; Socio de Número del Consejo General del Colegio de Médicos de Madrid; Director de la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario; Miembro Constituyente de la Asociación Chilena de Derecho Sanitario.



## Introducción

La Constitución Española de 1978 ha proclamado el reconocimiento del derecho a la protección de la salud, y ha dispuesto que, compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios, estableciendo la Ley los derechos y deberes de todos al respecto.

Antes de plasmar en mandato constitucional en la Ley, el Congreso de los Diputados, en mayo de 1980, aprobó un "Documento básico para la reforma sanitaria", con el que se pretendía conseguir un sistema sanitario que garantizara a todos los ciudadanos españoles el derecho a la protección de la salud.

Según dicho documento básico, el derecho a la protección de la salud habría de conseguirse a través de la elevación del nivel de salud de toda la población española, incrementando su bienestar físico, mental y social y suprimiendo los desequilibrios; la defensa y promoción de la calidad del medio ambiente en general, y de los lugares de trabajo en especial, así como la salvaguarda de la salubridad y de la higiene de los alimentos; la responsabilidad del ciudadano en el cuidado de su propia salud; la creación de una conciencia sanitaria basada en la educación en materia de salud de los ciudadanos, considerados individualmente y de la colectividad en su conjunto; la prevención de los procesos patológicos; el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; la rehabilitación de los estados de invalidez, tanto somática como psíquica; el control de la experimentación, producción, distribución y dispensación de medicamentos y de las informaciones científicas acerca de sus acciones terapéuticas con el fin de garantizar su calidad, seguridad, eficacia y economía; la formación continuada del personal sanitario y la creación de las nuevas profesiones que una concepción integral de la sanidad vaya demandando; y el fomento de la investigación científica sanitaria en sus diversas modalidades.

Los principios de la reforma sanitaria, según el Documento antes citado debían ser los de respeto a la libertad y dignidad personales, solidaridad, autonomía territorial, participación en los órganos de gobierno, autonomía de los centros y establecimientos sanitarios, concurrencia de actividades particulares, libre elección de facultativo, libre ejercicio profesional, y garantía y regulación de entidades de seguro libre.

En desarrollo del precepto constitucional, fue aprobada la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, cuya exposición de motivos la justifica, de un lado en la necesidad de que los poderes públicos adopten las medidas idóneas, para satisfacer la efectividad del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, y, de otro, en la incidencia organizativa que suponía la atribución de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, así como a la progresiva asunción de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud por dichas Comunidades Autónomas. En definitiva, lo que la Ley General de Sanidad pretendía era reordenar la organización sanitaria española mediante un Sistema

Nacional de Salud, a partir de la diversidad de organismos e instituciones que, en una dilatada evolución histórica, han sucedido en nuestro país.

Precisamente todas las materias relacionadas con la sanidad que se detallan en el Documento básico para la reforma sanitaria y en la Ley General de Sanidad constituyeron, en sus orígenes, el objeto de estudio del Derecho Sanitario.

Es bien sabido que el sistema público de asistencia sanitaria ha vivido en España un importante proceso de desarrollo y consolidación durante la segunda mitad del Siglo XX, etapa durante la cual ha adquirido los perfiles que hoy tiene y que lo sitúan en una posición central y emblemática dentro del conjunto de prestaciones que ofrece el modelo de Estado Social y Democrático de Derecho, hoy existente entre nosotros.

Surgido en los años cuarenta sobre la base del esquema institucional propio de los Seguros Sociales – fue la Ley de 14 de diciembre de 1942 la que creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad con el objetivo de otorgar una protección sanitaria efectiva a los trabajadores y sus familias – dicha fórmula institucional arraigaría y experimentaría en las décadas posteriores un proceso de progresiva expansión, tanto en términos de prestaciones otorgadas como de volumen de población protegida, con una transformación paulatina de lo que habían sido sus postulados iniciales hasta llegar al modelo hoy existente. Modelo éste caracterizado por una cobertura cuasi – universalizada, por una financiación pública a través del sistema tributario estatal y por una gestión descentralizada a través de las Comunidades Autónomas; una gestión descentralizada que es la consecuencia de un amplio proceso de descentralización que se ha ido materializando en las dos últimas décadas y que se ha culminado a finales del año 2000.

Su germen histórico se encuentra así en la legislación social protectora de los trabajadores y sus familias – de modo que en su origen responde a la idea de aseguramiento de las distintas situaciones de riesgo que inciden sobre la población trabajadora, entre las cuales se encuentra el riesgo de enfermar, pero el proceso de transformación ha ido borrando de forma progresiva lo que fueron sus perfiles iniciales hasta llegar a configurar un conjunto normativo que regula un servicio público abierto a todos los ciudadanos, de responsabilidad compartida entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Uno de los servicios públicos más importantes y característicos del Estado Social de nuestros días, que encaja con naturalidad dentro de los esquemas y principios propios de la “Administración Prestacional” – qué duda cabe de que constituye uno de los exponentes más claros de la idea de “procura existencial” (Daseinsvorsorge) que en su día pusiera en circulación Ernst Forsthoff – y ha mostrado por lo demás una fuerte capacidad de resistencia frente a los aires de crisis y cuestionamiento de los postulados tradicionales del Estado Social que han venido presidiendo el debate ideológico y el escenario político y económico en el que nos movemos en nuestro país en los últimos años.



## Los orígenes del Derecho Sanitario

La presencia de riesgos sociales objeto de tradicional preocupación, y entre ellos la pérdida de la salud, tuvo un grado de incidencia muy diferente en las sociedades preindustriales y en la nueva sociedad que alumbró la Revolución Industrial, con la conocida generalización del trabajo libre prestado por cuenta ajena, sin que se ofreciera en un principio procedimiento alguno para su solución.

En efecto, como ha puesto de manifiesto Persiani, la falta de capacidad de ahorro individual y de capacidad económica general para concertar seguros privados por un lado, y la con frecuencia escasa eficacia mostrada por las primeras formas asociativas mutualistas dentro todo ello del progresivo agravamiento de la "cuestión social", determinaron la posterior intervención del Estado mediante el establecimiento de los primeros sistemas de protección frente a los accidentes de trabajo, basados en el principio del riesgo profesional, esto es, en el principio de responsabilidad objetiva o sin culpa y mediante la implantación de los primeros seguros sociales obligatorios sobre la base del seguro privado o de la mutualidad, evolucionando todo ello a lo que posteriormente se denominaría sistema, legislación o derecho de la Seguridad Social. Dicho de otra forma: madura históricamente la idea de que se debe tener un derecho a la protección, que las prestaciones previstas (y entre ellas la asistencia sanitaria) son jurídicamente exigibles, derecho que deriva de la contraprestación previa en forma de primas o cuotas pagadas por el beneficiario o por un tercero por cuenta de aquél.

Lo hasta aquí expuesto pone sin duda de manifiesto como, en España, el Derecho del Trabajo, el Derecho de la Seguridad Social y del Derecho Sanitario tienen un origen común, manifestado básicamente en una doble vertiente: de un lado, el nuevo sistema de producción que surge con la Revolución Industrial, y de otro, la prestación de trabajo por cuenta ajena asalariado que con aquella se generaliza.

Bien puede decirse, en consecuencia, que el Derecho de la Seguridad Social y el Derecho Sanitario formaron parte integrante del Derecho del Trabajo, emergiendo y desarrollándose en éstos en sus orígenes, en atención a unos mismos beneficiarios, los trabajadores, y coincidiendo asimismo en la persecución de iguales finalidades y objetivos y que, con el paso del tiempo, de este mismo tronco común se desgajó el Derecho Sanitario, que, en España, es el conjunto de normas de diversa índole – administrativas, sociales, sanitarias... - que tienen como finalidad regular la forma en que se llevan a cabo las actuaciones sanitarias, la prevención y recuperación de la salud, el análisis de los derechos y obligaciones de los pacientes, la responsabilidad de los profesionales sanitarios y centros sanitarios y la regulación del estatuto por el que se rigen los profesionales sanitarios, constituyendo dicho conjunto normativo un verdadero sistema estructurado y armónico que da respuesta a todas las contingencias que, sobre estas materias, puedan presentarse en la práctica.

Es de resaltar en este proceso de conformación del Derecho Sanitario la sustitución de los principios propios del sistema bismarkiano (implantado por OTTO

BISMARCK en Alemania) por aquellos otros en los que se inspiró el Sistema Asistencial Anglosajón (y que fueron formulados por William Beveridge).

El primero de los sistemas mencionados se caracterizó fundamentalmente por los beneficiarios de las prestaciones sociales, es decir, los trabajadores por cuenta ajena; por su técnica de organización a partir de los esquemas del seguro privado, si bien convertido en obligatorio, financiado económicamente con cotizaciones sobre los salarios de los beneficiarios al objeto de establecer aquellas prestaciones económicas o sanitarias que sustituyesen o compensasen la pérdida de los salarios o la pérdida de la salud; también por el hecho de que la protección se dispensaba solamente a los trabajadores que, además, tuviesen un bajo nivel de rentas, dato éste sobre el que es importante reparar porque, en definitiva, influirá a su vez en los Estados forzándoles de alguna manera a poner el acento en cuanto a la estructuración de la protección, bien en la cualidad de asalariado, bien en la cualidad de necesitado, de manera que, de la mano de la evolución posterior, se opte principalmente o por proteger a todos los individuos de los riesgos que pudiesen afectarlos, o por proteger solamente a los trabajadores en cuanto tales.

El segundo de los sistemas antes mencionado, que puede señalarse como punto de origen e inflexión del Derecho Sanitario respecto al Derecho de la Seguridad Social, el anglosajón, surgió en un contexto socio – económico muy distinto del anterior y se caracteriza, fundamentalmente, por la reforma del sistema de seguros sociales existentes con anterioridad al surgimiento del mismo, sobre la base de los principios de extensión o generalización a toda la población de las prestaciones sanitarias y de unificación de los regímenes de protección de las necesidades sociales mediante prestaciones uniformes e idénticas para todos los protegidos con independencia de su nivel salarial. Finalmente, en lo que atañe a los instrumentos económicos – financieros que posibilitaron la extensión y unificación de la acción protectora, se persigue la redistribución de la renta nacional a través de vías diferentes: cotizaciones de los asegurados al sistema, medidas impositivas fiscales de carácter general y financiación estatal de los denominados Servicio Nacional de la Salud y Asistencia Nacional.

La conocida influencia de ambos sistemas sobre la práctica totalidad de los países que acometen la tarea de estructurar un sistema de protección social llevará a optar – sobre todo tras la finalización de la II Guerra Mundial - por modelos que, o bien se inspiran en la concepción asistencial anglosajona, esto es, basados en el principio distributivo en el sentido de que las Instituciones Públicas deben proteger las situaciones de necesidad de todos los ciudadanos otorgándoles y garantizándoles una asistencia mínima vital, siendo este el caso de España; o bien se inspiran en la concepción conmutativa o contributiva alemana, de manera que, en esencia, los trabajadores por cuenta ajena (y no todos los ciudadanos) siguen constituyendo el núcleo social de la protección dispensada por estos sistemas.

Llegados hasta aquí, conviene preguntarse si el Derecho Sanitario posee un espacio propio y diferenciado en el ordenamiento jurídico español, en el sentido de poder considerarlo como una rama jurídica o disciplina autónoma, o bien si

continúa formando parte del Derecho de la Seguridad Social o parte integrante del Derecho Administrativo.

Como se ha dicho antes, el Derecho Sanitario constituye un sistema homogéneo de normas en nuestro país y, el hecho de que la protección de los riesgos sociales – en nuestro caso los riesgos sobre la salud – se conecten con la condición de ciudadano, condición ésta mucho más amplia que la de trabajador, supuso el comienzo histórico de la diferenciación de la Seguridad Social y el Derecho Sanitario, en el sentido de que se supera a la vez que se transforma el origen laboral de las medidas tutelares de protección social, de tal modo que la universalidad de la protección que dispensa el Sistema Sanitario a todos los ciudadanos, la aplicación de técnicas y medios fiscales para su financiación y la función social redistributiva y no conmutativa constituyen los rasgos característicos de su visión o interpretación autónoma.

Debemos recordar, además, en apoyo de esta visión autónoma del Derecho Sanitario, que la Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos y encomienda a los Poderes Públicos su protección y tutela, separándose de este modo, en el Texto Constitucional, la protección de la salud de las prestaciones económicas de la Seguridad Social, teniendo estas últimas su encaje adecuado en el artículo 41 de la Constitución, y con la característica común al Derecho Sanitario y al Derecho de la Seguridad Social de que se tratan ambos preceptos constitucionales de principios rectores de la política social y económica y que son exigibles en la medida en que así lo establezcan las normas que los desarrollen, de lo que también se infiere, sin ningún género de dudas, que el ordenamiento jurídico de la Seguridad Social y el ordenamiento jurídico sanitario son, en España, dos conjuntos normativos distintos y autónomos.

Y esta autonomía del Derecho Sanitario (autonomía normativa, científica, doctrinal e institucional) respecto del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social ha ido tomando cuerpo en nuestro país, tanto en el ámbito académico, docente, investigador, sin que ello impida que, para conseguir su mejor comprensión, deba acometerse su estudio, siempre que sea posible, con una referencia precisa al Derecho del Trabajo y al de la Seguridad Social, ramas éstas del ordenamiento jurídico en la que tuvo su origen el Derecho Sanitario.

### **La protección de la salud como objeto de estudio del Derecho Sanitario**

La salud es uno de los términos sin propiedades estrictamente jurídicas, cuyo concepto, a efectos del Derecho Sanitario, es atraído de la concepción genérica. No obstante, tres entendimientos pueden acogerse con diverso alcance:

- En un sentido vulgar y restringido, la salud consiste simplemente en la ausencia de enfermedad. Sin embargo, tal concepción, meramente negativa, no es satisfactoria no sólo por la insuficiencia de su alcance, sino por el valor convenido que el concepto de enfermedad encierra para el Derecho Sanitario.

- En un sentido académico y amplio, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua la define como "estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones". La idea ya no se limita a ausencia de enfermedad, sino que abarca positivamente el desarrollo normal y funcional de los órganos fisiológicos del cuerpo humano, entendiéndose que carece de salud el que, sin estar enfermo, presenta una anomalía anatómico – funcional. No obstante, también tal concepción adolece de su restricción aplicativa al organismo humano individualmente considerado.
- En un sentido más técnico y más amplio, por último, la Organización Mundial de la Salud la ha definido, en su documento constitutivo, como el "estado de completo bienestar físico, mental y social". La amplitud conceptual hace entrar ya no sólo el perfecto desenvolvimiento de los órganos fisiológicos, sino también el desarrollo equilibrado y normal de las capacidades mentales y psíquicas. Asimismo, la salud no restringe su alcance al individuo, sino que comprende también al cuerpo social.

Este último concepto, amplio y progresivo, es el que conviene a efectos del Derecho Sanitario. Y es que en la salud hay que observar la incidencia de dos tipos de intereses que en ella se debaten:

- A) Un interés individual, en cuanto que la salud, antes que nada, es un bien privado que afecta al hombre en su dimensión individual y a su núcleo familiar. En este sentido, la tutela jurídica del derecho a la salud deriva del derecho a la vida y a la conservación de la propia existencia como intereses individuales jurídicamente protegibles por derecho natural.
- B) Un interés social, en cuanto que la salud es un bien público que afecta a la entera comunidad, ya considerada en su conjunto colectivo, ya considerada a través de sus miembros componentes. Desde esta perspectiva, el derecho a la salud del hombre como miembro de la comunidad aparece como irrenunciable, como un derecho – deber o como función social, desde el momento en que la incuria del individuo no sólo impide su necesaria aportación al cuerpo social, sino que entraña un peligro para los restantes miembros de la comunidad, cuya integridad física es merecedora del máximo respeto.

Pues bien, entre estos dos tipos de intereses se ha debatido la ordenación jurídica de la salud. La exaltación o preeminencia de uno sobre el otro se compagina con los principios rectores del sistema estatal. De esta suerte:

- En un Estado individualista, el cuidado de la salud queda a cargo exclusivamente de los individuos afectados, quienes tienen plena libertad para atenderla o no y para dedicarle los medios de que dispongan o consideren oportunos. Al Estado sólo le toca vigilar para que se mantenga esa libertad individual, y se inhibe en las decisiones individuales restantes. A lo sumo, el

Estado puede fomentar instituciones y medios para el cuidado de la salud, pero sin imposiciones coactivas.

- En un Estado social o solidarista, por el contrario, el cuidado de la salud es función primordialmente estatal. El Estado debe garantizar la salud de la colectividad, estableciendo los medios o instrumentos a través de los que satisfaga esa garantía. Paralelamente, el Estado detenta un poder coactivo para exigir a los ciudadanos, en nombre del bien común, el cuidado de su salud, y éstos se hallan sometidos a la obligación de cumplir esos mandados imperativos, contra los que no puede prevalecer la voluntad individual. Con todo, la socialización de la salud no puede hacer olvidar que los derechos y deberes respectivos del Estado y de los individuos están protegidos están sometidos y han de compaginarse con los supremos condicionamientos del orden moral y natural.

En definitiva, la protección de la salud no puede entenderse certeramente si no se tiene en cuenta la evolución sufrida desde una consideración individualista a una consideración social, en la que el Estado asume el principal protagonismo. No obstante, y a la hora de hallar un fundamento adecuado a la protección, hay que dirigir la atención conjuntamente a consideraciones individuales y sociales.

- En lo individual se han señalado como fundamentos la liberación de la enfermedad, la conservación de la vida y la protección de la capacidad laboral.
- En la esfera de lo social se encuentran fundamentos de la mayor amplitud protectora, tales como el potenciar al máximo el factor trabajo en la economía nacional y perseguir el grado óptimo de bienestar social.

En nuestro país, la Ley General de Sanidad, a partir de una concepción integral de la salud, ha establecido como principios cardinales del Sistema Sanitario los siguientes:

- El de universalidad subjetiva, concebido como extensión a todos los ciudadanos y extranjeros residentes, del derecho a la protección de la salud, con el máximo respeto a la personalidad, dignidad humana e igualdad, tanto en el acceso a los servicios, como en la no discriminación. En desarrollo de tales principios se establecen, tanto en la Ley General de Sanidad, como en la recientemente entrada en vigor Ley 41/2002, de 14 de noviembre, como derechos de los pacientes tanto el derecho a la información sobre el acceso a los servicios sanitarios y sobre el proceso de salud, el de confidencialidad en los procesos individuales de salud, el de disponibilidad sobre la utilización de su proceso con fines docentes e investigadores, terapéuticas o quirúrgicas, pudiendo negarse el paciente al tratamiento en los supuestos previstos legalmente, el de asignación de médico que le conecte con el equipo asistencial, el de obtención de certificados de salud y de constancia escrita del proceso patológico, el de obtención de medicamentos y fármacos en los términos

reglamentarios, y el de utilizar vías de reclamación y de propuestas, entre otros muchos.

- El de libertad de elección de facultativo en la atención primaria y atención especializada dentro del marco del Área de Salud.
- El de autonomía territorial, mediante la distribución de las distintas competencias que, en materia sanitaria, corresponden al Estado y a las Comunidades Autónomas, a las que se confía la creación de los Servicios de Salud.
- El de solidaridad financiera, expresado en la financiación del sistema a través de los presupuestos del Estado y en la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.
- El de participación de la comunidad en la gestión de la asistencia sanitaria, a través de las Corporaciones Territoriales, así como de organizaciones empresariales, sindicales y asociaciones, conforme a criterios de proporcionalidad.
- El de sumisión de la organización sanitaria a criterios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.
- El de libertad de ejercicio de las profesiones sanitarias y de libertad de empresa en el sector sanitario, en el marco constitucional de los artículos 35, 36 y 38 de la Constitución Española.

La alteración de la salud, como objeto de estudio del Derecho Sanitario, constituye la causa primaria de las necesidades sociales, puesto que ocasiona una incapacidad de ganancia o insuficiencia de rentas e implicando también un exceso de gastos para atender convenientemente la salud propia y la del núcleo familiar. Lo definitorio en la necesidad social producida por la alteración de la salud radica en el exceso de gastos provocados.

No son notas características de la protección de la salud, sin embargo, las siguientes:

- a) La incapacidad para el trabajo, porque si bien puede darse cuando la alteración de la salud se refiere al trabajador como sujeto protegido, sin embargo no se da cuando la contingencia incide sobre los miembros familiares protegidos, que, por definición, no desarrollan actividad laboral, sino que conviven y dependen económicamente del trabajador. De aquí la diferencia de la alteración de la salud de otras contingencias productoras de incapacidad para el trabajo, tal como la incapacidad temporal, la invalidez y la jubilación.
- b) Tampoco es característico el defecto de ingresos, que sólo se da cuando la alteración de la salud incide sobre el trabajador, pero no cuando afecta a los familiares del trabajador que viven a su cargo. Por esta razón se diferencia de las contingencias que producen necesidades consistentes en defecto de rentas, como son, además de las señaladas en el apartado anterior, el desempleo y la muerte.

Son precisamente las diferencias antes expuestas las que individualizan al Derecho Sanitario con respecto al Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social,

y las que impiden considerar la asistencia sanitaria – como uno de los objetos de estudio del Derecho Sanitario – como mera modalidad de protección, que, conjuntamente con las de naturaleza económica, atienden a necesidades provenientes de la misma contingencia (incapacidad temporal e invalidez), puesto que, de entenderse lo contrario, ello conduciría a negar sustantividad propia a la alteración de la salud como contingencia protegida.

De otra parte, es la estricta consideración a la salud la que distingue esta contingencia protegida de otras productoras, asimismo, de exceso de gastos, como sucede en España, por ejemplo, con las prestaciones por muerte y supervivencia (pensiones de viudedad, orfandad y a favor de familiares).

### **La transformación y los retos del Derechos Sanitario**

A partir de esta configuración inicial del Derecho Sanitario como rama del Derecho cuyo objeto de estudio preferente es la asistencia sanitaria, como se ha expuesto en los apartados anteriores, en la actualidad el Derecho Sanitario se halla en un proceso de profunda transformación, pretendiendo conseguir una serie de retos, como se analizará a continuación.

El primer dato a destacar viene dado, a mi juicio, por la gran amplitud y heterogeneidad de las prestaciones sanitarias desde el punto de vista de su contenido.

En los casos más característicos y prototípicos, la asistencia sanitaria constituye un *facere* cualificado o técnico a cargo de los correspondientes servicios asistenciales: el tratamiento médico con todo su amplio abanico de variantes y especialidades, que van desde el simple reconocimiento o revisión hasta las intervenciones quirúrgicas más complejas o los tratamientos con aparatos altamente sofisticados. Las prestaciones sanitarias constituyen, en efecto, muy frecuentemente, un servicio desarrollado sobre las personas atendidas con aplicación de los conocimientos y técnicas que proporcionan las ciencias médicas con finalidades preventivas, curativas o rehabilitadoras.

Pero, en otras ocasiones, las prestaciones no consisten en hacer algo, sino en un *dare*, esto es, la entrega de algún objeto o cosa que requiere la persona atendida (medicamentos, fórmulas magistrales y efectos sanitarios, prótesis, vehículos para inválidos), e, incluso, existen supuestos en los que la prestación pública para atender la asistencia sanitaria viene dada por la entrega de dinero (es el caso de ayudas económicas que se entregan al ciudadano para que éste adquiera determinados productos, como sillas de ruedas, audifonos...), o la posibilidad excepcional de una devolución o reintegro de los gastos abonados por el paciente como consecuencia de la atención recibida al margen del sistema asistencial público.

Pero esta aproximación inicial a la transformación y retos del Derecho Sanitario debería todavía ser objeto de observaciones y matizaciones complementarias si se quiere llegar a reflejar cabalmente toda la rica variedad de supuestos que ofrece la realidad asistencial sanitaria y, así se puede señalar lo siguiente:

Habría que tener en cuenta que normalmente las prestaciones sanitarias son de carácter complejo: consisten, por ejemplo, tanto en un hacer como en un dar; bien de forma simultánea (transfusiones de sangre, implantación de prótesis, trasplante de órganos) o de forma sucesiva (intervención quirúrgica con posterior tratamiento farmacológico), o están integrados en un conjunto de actos médicos y de servicios que se complementan entre sí. Es obvio así que en cualquier hospitalización se llevan a cabo una serie de actos médicos de diversa índole (pruebas diagnósticas, intervenciones o tratamientos terapéuticos, cuidados de enfermería, etc) junto con otros servicios de carácter instrumental como son las atenciones del personal auxiliar de clínica y los servicios “hoteleros” – alimentación de los pacientes, limpieza del centro, telefonía, etc – lo que da lugar a un complejo de atenciones y servicios de cuya correcta articulación y coordinación depende el logro de una buena asistencia sanitaria.

Pero sería necesario tener en cuenta también la extraordinaria importancia que tiene la información a los usuarios en el ámbito sanitario y la diversidad de proyecciones que tiene y de funciones que cumple.

Hay, así, una información general sobre los servicios y prestaciones que se ofrecen, sobre los requisitos exigidos y los modos de utilización de tales servicios, los derechos y obligaciones de los usuarios, etc, que es del todo análoga a la que tiene lugar en otros servicios públicos o ámbitos de la actividad administrativa; hay también una información terapéutica a los pacientes que es complementaria a la de cualquier tratamiento médico o farmacéutico (pautas de conducta a observar por los pacientes, régimen de vida, contraindicaciones de los medicamentos...) formalmente accesoria respecto a dicho tratamiento, pero de gran importancia en la práctica para su éxito; la información es también un presupuesto necesario para la prestación del consentimiento de las intervenciones que hayan de realizarse sobre la persona del paciente – sobre las que se exige, como es bien sabido, el denominado “consentimiento informado” - . Pero sucede en ocasiones que la información verbal o escrita constituye el contenido mismo – y único – de la prestación sanitaria, lo que acontece, por ejemplo, en las actuaciones asistenciales de carácter meramente diagnóstico, y será del todo habitual en el ámbito de la atención primaria, de cuyo contenido forma parte de manera muy principal todo lo relativo a la información y educación sanitarias, la prevención y el diagnóstico precoz de enfermedades. Atención Primaria ésta que se traduce en una relación continuada entre el paciente y los Servicios de Salud, con predominio frecuentemente de los que son meras informaciones, recomendaciones y sugerencias sobre los tratamientos médicos en sentido propio.

Por otro lado, hay que considerar también los aspectos relacionados con la documentación y archivo por parte de los centros sanitarios de la información sobre los pacientes a través de la confección de las denominadas historias clínicas.

Se trata de un aspecto, en principio instrumental respecto a la actividad asistencial de los centros sanitarios, que se manifiesta en la obtención, archivo, custodia y utilización de toda la información recabada con ocasión de la asistencia prestada a los pacientes, pero que en la práctica tiene una gran importancia como exigen-



cia imprescindible para una correcta acción asistencial y que plantea una importante problemática tanto desde el punto de vista de la gestión sanitaria (dado el gran volumen que alcanza la documentación generada en los centros sanitarios) como desde el punto de vista del acceso a dicha información (habida cuenta del carácter confidencial de los datos que figuran en las historias clínicas). Hay, por tanto, una importante labor de gestión documental en la prestación de la asistencia sanitaria, con una fuerte tendencia en la actualidad hacia la utilización de soportes electrónicos en dicha gestión documental, constituyendo por lo demás el acceso a la historia clínica una de las prestaciones que se reconocen a los usuarios.

Un segundo dato que no podría faltar en la caracterización sobre la transformación y retos del Derecho Sanitario se refiere a su naturaleza esencialmente dinámica o evolutiva; naturaleza dinámica derivada, en primer lugar, del progreso técnico y científico, que abre incesantemente nuevas posibilidades asistenciales, pero también de los propios cambios sociales, que hacen aparecer continuamente nuevas patologías y nuevas demandas de atención sanitaria.

Ese carácter dinámico y progresivo resulta hoy un dato habitual y generalizable en muchos servicios y actividades – es obvio que la dinamicidad es uno de los signos de los tiempos en que vivimos – pero no cabe duda de que en el ámbito sanitario ésta circunstancia se vive con una especial intensidad; hay una “cláusula de progreso” o principio de progresión implícito en la acción asistencial sanitaria que tiene numerosas manifestaciones: deber del personal sanitario de actualizar sus conocimientos, incorporación de nuevas prestaciones en atención a los progresos de la ciencia médica o a las nuevas patologías que aparecen, incorporación de nuevos medicamentos o de nuevas técnicas y aparatos diagnósticos y terapéuticos que son más eficaces o menos agresivos, etc.

Sucede por ello que el ámbito de estudio del Derecho Sanitario no puede ser en modo alguno estático, sino que debe ser objeto de actualización continua. Lo cual impone, obviamente, una necesaria selección dentro de las materias que son objeto de estudio por el mismo.

Otro rasgo que conviene destacar sobre la transformación y retos del Derecho Sanitario se refiere al hecho de que las prestaciones sanitarias inciden sobre un ámbito de la persona que resulta especialmente sensible desde el punto de vista de los derechos fundamentales, concretamente sobre aquellos derechos fundamentales que se refieren a los bienes esenciales del ser humano y que derivan de modo directo de la propia dignidad de la persona.

El Derecho Sanitario, y su objeto de estudio central, la asistencia sanitaria, estudian, por definición, la salud e integridad física de las personas atendidas – e incluso su propia vida – pero también puede incidir sobre otros derechos fundamentales de los pacientes como son la libertad ideológica y religiosa – repárese en los no infrecuentes supuestos en los que se plantean conflictos entre la libertad personal de los pacientes y la protección de su salud, e incluso de su vida – o el derecho a la intimidad personal y familiar. Pero también puede afectar a los

derechos fundamentales de terceras personas (reproducción asistida, aborto, etc), o incluso del propio personal sanitario (objeción de conciencia).

Pero, además, las características de la actividad sanitaria asistencial – en la que las situaciones difíciles y dolorosas para los enfermos y sus familias no son en absoluto excepcionales – determinarían también un perfil diferencial del Derecho Sanitario respecto a otro tipo de ramas del Derecho: hacen que la materia no pueda abordarse exclusivamente con meras pautas de gestión burocrática, ni tampoco de simple eficiencia gerencial, sino que se requiere una especial atención desde el punto de vista de la individualización, la dignidad y la humanidad en el trato a los pacientes y sus familiares.

Junto a ello, creo que debe destacarse también la gran relevancia que en la prestación de la asistencia sanitaria tienen los elementos personales – quién presta la asistencia sanitaria – y temporales – cuándo se presta – así como las circunstancias del lugar o contexto físico en que se lleva a cabo.

Por lo que se refiere al primer aspecto, importa subrayar el clima de libertad y confianza que han presidido tradicionalmente la relación médico – paciente y el carácter no fungible que se ha venido atribuyendo a la prestación de servicios médicos – recabados *intuitu personae*, esto es en atención a las cualidades profesionales del médico y a la confianza otorgada al mismo - . Características que se intentan preservar en nuestra Sanidad Pública mediante la afirmación del principio de libertad de elección de médico – que no rige obviamente con un carácter absoluto, sino que tiene límites y condicionantes por razones organizativas, junto con otros elementos para personalizar la relación entre los Servicios de Salud y los pacientes.

Sin embargo, en la actualidad, como otra de las manifestaciones de la transformación del Derecho Sanitario en España observamos un incremento exponencial de las acciones de responsabilidad deducidas contra los profesionales sanitarios o contra los centros, servicios o establecimientos sanitarios, acciones éstas en las que se objetiva la responsabilidad y se prescinde del modo tradicional de enjuiciamiento: la prueba por parte del paciente de la culpa o negligencia de los profesionales sanitarios y la obligación de medios y no de resultados.

En relación con la dimensión temporal de las prestaciones – el antes o después de la asistencia sanitaria - , es obvio que constituye igualmente un aspecto de la máxima relevancia hasta el punto de que en ocasiones resulta determinante para la posibilidad misma de una asistencia eficaz y que alcance sus objetivos, pues las consecuencias de un retraso pueden ser irreversibles, o incluso fatales. Lo cual se traduce, de una parte, en la necesaria dotación y ordenación de los servicios de urgencia – domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria – para hacer frente a las situaciones que reclaman una actuación inmediata y, de otra parte, en la necesidad de fijar criterios para las atenciones no urgentes en las que la limitación de medios disponibles impone algún período de demora, dando lugar a las denominadas listas de espera.

Por lo que se refiere a las circunstancias del lugar o contexto físico en el que se llevan a cabo las prestaciones sanitarias, no cabe duda de que tienen una especial

importancia en el caso de las hospitalizaciones – que hoy en día tienden a reducirse al máximo, cortando las estancias o sustituyéndolas por formas de asistencia ambulatoria o domiciliaria - . La hospitalización conlleva, como es obvio una relación especialmente intensa con los Servicios de Salud, lo que otorga una gran importancia a todas las cuestiones vinculadas al acondicionamiento material el enfermo (habitaciones individuales o compartidas, servicios complementarios, comodidades para los acompañantes – cuya presencia es exigida en ocasiones para el propio cuidado del enfermo – etc. ) cuestiones éstas, por cierto, que tradicionalmente quedaban relegadas a un plano muy secundario en nuestros hospitales públicos.

Además, constituye también un aspecto destacable, a mi modo de ver, de la transformación y retos del Derecho Sanitario, las actuaciones que se llevan a cabo en ámbitos sanitarios pero cuya conexión con la salud de las personas afectadas puede ser tan solo mediata o indirecta, o incluso puede llegar a desaparecer: así las intervenciones en el ámbito de la cirugía estética o la cirugía transexual que se incluyen dentro de lo que se considera Medicina no curativa o voluntaria.

En tales casos se hace necesario deslindar, dentro de lo médicamente posible, y aquello que se asume como prestación pública del sistema sanitario y se reconoce como tal en la normativa correspondiente. O, en un sentido en cierto modo inverso al mencionado, cabe considerar determinados cuidados corporales que tienen una indudable relación con la salud – como los tratamientos en balnearios y las curas de reposo – pero que quedan al margen del sistema público de asistencia sanitaria.

En otro orden de cosas, es preciso tener en cuenta que el Derecho Sanitario tiene que disciplinar situaciones de necesidad en las que las cuestiones de salud aparecen estrechamente vinculadas a otros aspectos o perspectivas. Es el caso de la atención a las personas con enfermedades crónicas o degenerativas y a las personas de edad avanzada con limitaciones funcionales importantes, atención que requiere una asistencia que va más allá de lo estrictamente sanitario y que, en España se conocen como prestaciones “socio-sanitarias”. Y otro tanto puede decirse del tratamiento de las personas con drogodependencias o situaciones afines (alcoholismo, ludopatía...) y de las personas con determinadas enfermedades mentales.

Todo ello hace que, en el momento presente, en el ámbito del Derecho Sanitario se planteen una serie de cuestiones abiertas y retos pendientes.

Son, sin duda, numerosas las cuestiones que se plantean actualmente en torno al ámbito de aplicación del Derecho Sanitario, con un carácter abierto y controvertido y que afloran como tales en los documentos oficiales (informes del Defensor del Pueblo y de las instituciones autonómicas análogas, Memorias elaboradas por las Administraciones gestoras de la asistencia sanitaria, etc) y en los propios medios de comunicación, como difícilmente podía dejar de suceder en un ámbito tan relevante y dinámico como el sanitario.

En cualquier intento de ofrecer un inventario de cuestiones abiertas y retos pendientes en el momento actual no podría faltar la consideración de las siguientes:

Con una proyección general:

- 1.- La tensión entre las tendencias expansivas que inciden sobre el catálogo de las prestaciones sanitarias, con las correspondientes presiones para el reconocimiento de nuevas prestaciones y la ampliación de las ya reconocidas, y el mantenimiento de la suficiencia financiera del Sistema Sanitario Público.
- 2.- Los desajustes entre la demanda asistencial existente en determinadas prestaciones y los medios personales y materiales disponibles para atenderla, que se traducen en elevados períodos de espera para el acceso efectivo a tales prestaciones.
- 3.- Los problemas vinculados a la extensión subjetiva del derecho a la asistencia sanitaria resultantes de la no universalización del derecho y del carácter fragmentario y disperso de la normativa que lo regula. Quedan pendientes, asimismo, algunas otras cuestiones en la transición hacia un modelo de Servicio de Salud universalizado e integrado, como son la subsistencia de regímenes públicos específicos de cobertura de la asistencia sanitaria en relación con los empleados públicos, o la pervivencia de ámbitos asistenciales que no han encontrado su encaje todavía en la red sanitaria pública – Sanidad penitenciaria, Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo, empresas colaboradoras en la gestión de la asistencia sanitaria, etc – .
- 4.- Los problemas relacionados con la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios desde una perspectiva territorial, esto es, con independencia del lugar de residencia; las fórmulas de equilibrio territorial que garanticen una igualdad básica frente a las diferencias que puede propiciar una gestión descentralizada de la asistencia por las Comunidades Autónomas, la problemática de la asistencia sanitaria en el mundo rural con población dispersa – ubicación de centros de salud y farmacias, transporte sanitario, urgencias, etc – .
- 5.- Las no excepcionales deficiencias en la calidad de la asistencia sanitaria prestada (errores y negligencias médicas, disfunciones organizativas en aspectos administrativos y asistenciales, etc) que se ponen de manifiesto a través de las quejas y reclamaciones que presentan los usuarios en las instancias competentes.
- 6.- La problemática planteada por la creciente diversidad de las formas de gestión directa e indirecta de los servicios sanitarios, desde el punto de vista del estatus y las garantías de los usuarios.

Con una proyección más específica:

- A) El reto de una atención suficiente a personas con enfermedades crónicas o degenerativas y con problemas de autovalimiento: la denominada atención sociosanitaria.
- B) Las insuficiencias de los medios disponibles actualmente en el ámbito de la asistencia psiquiátrica, en particular para una atención adecuada a enfermos mentales crónicos y agudos.

- C) Las dificultades para contener la imparable expansión del gasto público farmacéutico, que ha motivado la adopción en los últimos años de diversas medidas o políticas de ahorro en un ámbito que viene absorbiendo una parte creciente del presupuesto público sanitario: exclusión de determinados fármacos de la financiación pública, reducción de los márgenes comerciales de las farmacias, utilización de medicamentos genéricos, etc.

No es posible, por supuesto, en el marco de la presente exposición, abordar todas las cuestiones aludidas, pues muchas de ellas reclaman, dada su envergadura y complejidad, un tratamiento monográfico: es claro así que requerían ese tratamiento monográfico temas como los vinculados a la asistencia sociosanitaria, con la igualdad territorial en la provisión de servicios sanitarios, la asistencia psiquiátrica o el gasto público en prestaciones farmacéuticas.

Limitaremos por ello nuestra atención de forma selectiva a aquellas cuestiones que tienen mayor interés desde la perspectiva propia de la presente exposición por su proyección general sobre el Derecho Sanitario y por su relevancia en la configuración de las prestaciones desde un punto de vista jurídico: la determinación del *quantum* prestacional, la extensión subjetiva del derecho a la asistencia sanitaria, la dimensión temporal en el acceso a las prestaciones y en los aspectos cualitativos de las prestaciones sanitarias.

### *1.- La determinación del quantum prestacional*

El catálogo de prestaciones sanitarias tiene inevitablemente un carácter dinámico y experimenta una clara tendencia expansiva como consecuencia de las circunstancias más arriba apuntadas – el progreso técnico y científico, y los cambios sociales que producen modificaciones en los patrones de morbilidad – y como consecuencia también de la legítima aspiración humana a disfrutar de unos niveles óptimos de protección sanitaria.

La Sanidad Pública viene experimentando – y el Derecho Sanitario debe dar respuesta a estas cuestiones – una fuerte presión incrementalista, que se manifiesta en particular en diversos planos: la necesidad de hacer frente a la aparición de enfermedades nuevas o a la intensificación de otras ya existentes (en su momento el SIDA, y, ahora, otras como la enfermedad del Alzheimer, la anorexia y la bulimia...); la aspiración de atender ámbitos asistenciales escasamente cubiertos tradicionalmente por nuestro sistema sanitario público (prestaciones de salud bucodental); las nuevas posibilidades que abre continuamente el progreso técnico y científico que permite tanto la incorporación de nuevas prestaciones (nuevas posibilidades de transplantes de órganos y tejidos o de prótesis quirúrgicas, nuevos medicamentos, o nuevos productos vinculados a la movilidad y autovalimiento de las personas con limitaciones) como la incorporación de nuevas tecnologías más modernas y eficaces en el ámbito de las prestaciones ya reconocidas; o también, la aspiración a mejorar en los aspectos relativos a las condiciones materiales de privacidad y confortabilidad de las estancias en los centros sanitarios

(habitaciones individuales en los hospitales, facilidades para los acompañamientos a los pacientes, etc).

La agregación de todos estos factores determina una intensa presión incrementalista sobre las prestaciones sanitarias públicas y genera una fuerte tensión entre la dinámica expansiva generada y la obvia limitación de los medios disponibles. Una limitación existente en cualquier caso, pero especialmente visible y operativa en el escenario de austeridad presupuestaria en el que se desenvuelven nuestras Administraciones Públicas en los últimos años a fin de garantizar el Pacto de Estabilidad en el ámbito de la Unión Europea.

Pues bien, la tónica general que viene imperando al respecto en el escenario político – jurídico sanitario de nuestro país, en los últimos años, es sin duda el carácter restrictivo con el que se abordan las modificaciones ampliatorias del catálogo de prestaciones. Una vez pasado el momento expansivo que supuso la promulgación de la Ley General de Sanidad, la evolución de las prestaciones sanitarias en la última década no ha sido en modo alguno propicia a las ampliaciones prestacionales, como consecuencia del “Informe Abril”, de 1991, caracterizado por el predominio de la idea de una inviabilidad de nuevos incrementos sustanciales en el contenido prestacional del Sistema Sanitario Público.

La tónica general hoy imperante es, por tanto, muy distinta a la que predominó en los años ochenta: las ampliaciones prestacionales se someten ahora a una cuidadosa valoración a efectos de incorporar tan sólo aquello que puede asumirse de manera generalizada para el conjunto de los ciudadanos que se encuentran en situaciones comparables, y la preocupación prioritaria de los poderes públicos no se centra ya tanto en el crecimiento del *quantum* prestacional, sino en la efectividad de las prestaciones ya reconocidas y en su mejora desde distintos puntos de vista (mejora en la accesibilidad y cercanía del dispositivo asistencial, reducción de los tiempos de espera, incorporación de técnicas diagnósticas y terapéuticas más eficaces, etc).

Ahora bien, estas estrecheces no deben impedir reconocer el hecho cierto de que en la última década se ha producido un importante ensanchamiento en el contenido de no pocas de las prestaciones reconocidas, lo cual se manifiesta tanto en términos económicos (el gasto público per capita ha crecido considerablemente) como en términos de actividad asistencial (número de consultas, de intervenciones, etc). Lo cual tiene que ver sin duda con el envejecimiento de la población y con las propias mejoras del dispositivo asistencial que le permiten abordar un mayor espectro de situaciones.

## *2.- La extensión subjetiva del derecho a la asistencia sanitaria pública.*

Como más atrás quedó apuntado, el tratamiento de esta cuestión por el Derecho Sanitario, requiere una reformulación legal en el marco de la legislación básica sobre Sanidad.

En la Ley General de Sanidad se atribuyó la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria “a todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan esta-

blecida su residencia en territorio nacional". Pero esta declaración, en apariencia contundente, quedaba desvirtuada por otros preceptos de la propia Ley que le privaban de eficacia normativa inmediata al concebir la universalización como una meta a alcanzar de forma progresiva. Se trata, en concreto, de los artículos 3.2 y 80 del texto legal: el primero de ellos establece que "la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española", utilizando con ello un futuro que implica en la práctica un aplazamiento de la universalización a un momento posterior; por su parte, el artículo 80 alude tan sólo a la extensión de la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos, como objetivo cuyo logro se impone al Gobierno con financiación a cargo de transferencias estatales.

Con posterioridad a la promulgación de la Ley General de Sanidad, que careció por tanto en este punto de efectos normativos directos, se mantuvo la misma dinámica de extensión sucesiva del derecho a la asistencia sanitaria a los distintos colectivos de personas al amparo de disposiciones específicas dictadas al efecto.

En todo caso, sigue sin alcanzarse el objetivo de la universalización de la asistencia sanitaria por más que se haya ido incorporando a la gran mayoría de la población y el colectivo de personas sin derecho a la asistencia sanitaria pública sea reducido en términos porcentuales.

### *3.- La dimensión temporal de la asistencia sanitaria.*

Desde una perspectiva de conjunto, no cabe duda de que el problema de las listas de espera constituye una cuestión de gran envergadura, a la que han de enfrentarse los poderes públicos, aplicando, para reducirla, las posibilidades que ofrece el Derecho Sanitario (conciertos con instituciones privadas, convenios, acuerdos marco...).

Cierto es que las listas de espera son difícilmente eliminables en su totalidad, pues son una consecuencia inherente a las propias dificultades del dispositivo asistencial público para adaptarse con rapidez a las nuevas posibilidades asistenciales, las cuales hacen aflorar repentinamente fuertes demandas en relación con aspectos que con anterioridad no venían siendo atendidos.

Pero ello no puede justificar una situación de pasividad del Derecho Sanitario ante la situación que hemos descrito, sino que, por el contrario, debe motivar una acción decidida y continuada de los poderes públicos para reducir al mínimo las demoras inherentes a las listas de espera y para proporcionar a los ciudadanos mecanismos efectivos para defenderse en los supuestos en los que las demoras se extienden más allá de unos límites razonables.

Y esta acción ha de dirigirse, conforme se prevé en el Derecho Sanitario Español, a la dotación de los medios personales y materiales que permitan atender la demanda asistencial existente, ya sea con carácter permanente mediante la ampliación de determinados servicios, o bien mediante fórmulas de carácter coyuntural que permitan aumentar la actividad asistencial de los hospitales de la red pública o concertar intervenciones con centros ajenos a la misma.

Y junto a este incremento en la capacidad del dispositivo asistencial sanitario que permita reducir las listas de espera y los correspondientes periodos de demora, debe también incidirse en la mejora de los aspectos vinculados a la gestión de las listas, de modo que puedan evitarse los problemas y disfunciones que se han venido planteando en relación con dicha gestión y se proporcione más y mejor información a las personas afectadas.

Pero, al margen de todo ello, parece claro que, desde una perspectiva jurídico – normativa, la regulación positiva de las prestaciones sanitarias sólo conseguirá abordar satisfactoriamente la cuestión cuando fije de modo taxativo unos periodos máximos de espera en el acceso efectivo a la asistencia sanitaria, de modo que el incumplimiento de los mismos determine la entrada en juego de alguna fórmula operativa para que las personas afectadas puedan recabar la inmediata provisión de la prestación de que se trate. Sólo entonces las Administraciones responsables se verán comprometidas por el Derecho Positivo de modo permanente a arbitrar los medios para atender las necesidades asistenciales dentro de un plazo máximo, y sólo entonces adquirirá solidez la posición del ciudadano en relación con la dimensión temporal de las prestaciones sanitarias.

#### *4. - Sobre los aspectos cualitativos de las prestaciones sanitarias: el reto de la calidad asistencial.*

La preocupación por los aspectos cualitativos de la asistencia sanitaria pública no puede decirse en modo alguno que sea algo novedoso. En relación sobre todo con los aspectos propiamente médicos o clínicos puede decirse que está en la base del proceso histórico de surgimiento y consolidación de nuestro sistema público de asistencia sanitaria – cuyo norte no fue otro que asegurar al conjunto de la población unos niveles dignos de atención médica – y conecta por lo demás plenamente con el espíritu de servicio a los demás que ha venido caracterizando tradicionalmente al ejercicio de la Medicina y demás profesiones sanitarias.

La calidad de los servicios que presta el sistema público de asistencia sanitaria constituye, en efecto, una dimensión extraordinariamente relevante del mismo.

De mayor relevancia, sin duda, que en otros ámbitos de los servicios y prestaciones públicos, habida cuenta de que los servicios sanitarios inciden sobre bienes esenciales de la persona (salud e integridad física, e incluso la propia vida), de modo que su funcionamiento defectuoso puede conducir no sólo al fracaso de los objetivos curativos o rehabilitadores perseguidos, sino que puede llevar a producir perjuicios de gran envergadura e irreversibles para las personas atendidas.

En caso de que esta circunstancia se incremente, se produciría la paradoja de que, habiendo aumentado extraordinariamente la capacidad curativa de la Medicina en los últimos tiempos como consecuencia del progreso técnico y científico, crecería también de forma paralela el potencial dañoso que implica una aplicación defectuosa de muchos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Una vez apuntada la especificidad y la complejidad que presenta el tema, debe subrayarse, a renglón seguido, la utilidad y validez de los instrumentos



normativos existentes y que se han venido aplicando desde las Administraciones gestoras para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

Entre estos instrumentos cabe aludir a las acciones encaminadas a disponer de datos e informaciones homogéneas de la actividad de los centros sanitarios con el objeto de poder evaluar dicha actividad y realizar comparaciones entre distintos centros, y los distintos planes o políticas de calidad diseñados por las Administraciones responsables, planes éstos que han ido evolucionando desde las acciones centradas en aspectos concretos considerados prioritarios (plan de humanización de la asistencia sanitaria, programa del consentimiento informado, programa de reducción de la demora quirúrgica) hasta planteamientos de carácter omnicompreensivo que intentan insertar los diferentes aspectos y perspectivas que presenta la calidad asistencial dentro del esquema global que se concibe, además, como un proceso continuo de mejora.

### **Conclusiones finales**

Una vez expuesto someramente el tema central de la ponencia, parece conveniente añadir algunas observaciones de conjunto a la vista de cuanto he explicado con anterioridad.

- 1.- No me parece inoportuno, en primer lugar, reafirmar la plena validez que, en términos generales, tiene el Sistema Público de Salud hoy existente en España, trabajosamente conseguido a través de un proceso de progresión ininterrumpida que se ha llevado a cabo a lo largo del último siglo.  
Aunque sea una constatación compartida de forma generalizada en nuestro país, no es ocioso subrayar que constituye una valiosa pieza de nuestro sistema público de solidaridad, y ello tanto desde el punto de vista social – implica sin duda flujos de recursos hacia la población de menor capacidad económica – como también desde el punto de vista territorial, y quizás sobre todo intergeneracional, ya que incorpora en particular un fuerte compromiso con las personas de edad avanzada.
- 2.- Pero esta constatación no debe conducir a mantener actitudes de autocomplacencia y estancamiento, pues son muchas, como ha quedado expuesto, las cuestiones abiertas y los retos que tiene pendientes el Derecho Sanitario y que están o deberían estar en la agenda de legisladores y gestores sanitarios.  
En algún caso se trata de cuestiones que admiten y exigen una respuesta inmediata mediante la correspondiente intervención del legislador que las cierre de forma inmediata. Pero en el mayor número de los casos se trata de temas que requieren aproximaciones sucesivas dentro de un horizonte temporal más amplio, y en las que la propia dinamicidad del sector sanitario hace que resulte poco posible esperar una solución o cierre definitivo de las mismas a corto plazo.

- 3.- Por último, parece oportuno subrayar que la indudable trascendencia que tienen todas estas cuestiones, manifestada en su ostensible presencia en los medios de comunicación, no debe hacernos perder de vista el hecho de que el Derecho Sanitario tiene algunas importantes asignaturas pendientes que están fuera de lo que es propiamente la configuración de las prestaciones de asistencia sanitaria, pero que seguramente son más importantes en términos de esperanza de vida media y de calidad de vida media.

Me refiero a temas como los accidentes de tráfico con sus importantísimas cifras de muertos y secuelas irreversibles, a la siniestralidad por accidentes laborales, la fuerte incidencia de las drogodependencias (tabaco, alcohol...), y hábitos de vida poco saludables vinculados a determinados modelos de sociedad desarrollada, especialmente en las zonas urbanas.

Creo que con la simple mención de estos temas, en cuyo desarrollo no podemos entrar aquí, obviamente, debe servir para recordar que el Derecho Sanitario constituye solamente un conjunto de normas que disciplinan una parte de la salud, utilizando este término tanto en su acepción institucional como sociológica, por lo que su finalidad no quedará alcanzada hasta que ayude a dimensionar correctamente la relevancia de los retos y cuestiones que se han planteado anteriormente.



**Mesa de discusión**  
**Dilemas Bioéticos y Derecho Sanitario**  
Lic. Octavio Casa Madrid Mata  
Coordinador

Voy a presentar una mesa que siento yo, es de lujo, porque el día de hoy vamos a debatir un poco lo que es la Bioética: dilemas bioéticos, su impacto en el Derecho y no solamente en el Derecho Sanitario.



Nos honran con su presencia y agradezco su asistencia:

**Doctor José Kuthy Porter.** Es Médico-Cirujano por la UNAM, se graduó con mención honorífica, es especialista en neumología por el Hospital Glendale de Washington, ha hecho estudios de post-grado en varios hospitales de los Estados Unidos, Londres y Viena, ha sido profesor de Pre-Grado y Post-grado en la Facultad de Medicina durante 38 años, fue vocal de la Comisión Nacional de Bioética, Director de la Revista Médica y Ética, fue Director del Hospital General de México, Expresidente de la Academia Nacional de Medicina y la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, fue Director de la Escuela de Medicina y Presidente del Instituto de Humanismo y Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac y actualmente es Director de la recientemente creada, Facultad de Bioética, y es miembro emérito y exgobernador del American College of Chest Physicians.

**Dr. Francisco Javier León Correa** que ha sido presentado ampliamente, omito su currículum y parece que no existen casualidades, sino causalidades. Hemos trabajado en algunas obras comunes ya hace buen rato. Él se ha presentado a sí mismo, su sapiencia y su capacidad, han sido ampliamente reconocidas; no solamente en el viejo continente sino ahora, en América.

**El Doctor Carlos Fernández del Castillo,** es médico-cirujano, especialista en Gineco-Obstetricia por la UNAM, profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM desde 61. Ha sido docente en numerosos cursos y congresos de su especialidad, en México, Centro y Sur América, Estados Unidos y Europa. Autor y coautor de numerosas publicaciones científicas en México y el Extranjero. Presidió la Academia Mexicana de Cirugía, la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, así como los Capítulos Mexicanos de los Colegios Americanos de Ginecología y Obstetras y de Cirujanos. Actualmente, Director del Centro Mexicano de Ginecología y Obstetricia y Jefe de Ginecología del Instituto Nacional de la Nutrición y académico numerario de la Academia Nacional Mexicana de Bioética.

**El Dr. Osvaldo Romo Pizarro** quien también ya ha sido presentado ampliamente y agradezco a todos, no solamente su colaboración, agradezco su amistad y esto nos va a permitir que el día de hoy, en medio del disenso que se puede generar, pues son temas muy polémicos; un objetivo común, el de construir

En esos términos y sin más trámite, les platico cuál es la mecánica de este evento. Pido, por favor, que vayan pasando sus tarjetas, ya tenemos algunas para empezar, intencionadamente me reservé lo que llegó anteriormente, para este momento, pero espero que a partir de este momento, y no esperen más, sigan presentando tarjetas porque trataremos de agotar una agenda que tenemos bastante apretada. Las reglas de nuestra participación, cada uno de los participantes dispondrá de 5 minutos, una participación inicial a fin de plantear las que estime deberán ser las reglas generales para resolver los dilemas de bioética en medicina.

Se trata en principio de un abordaje metodológico general, no de la casuística; sin embargo, en la medida del tiempo, presentaremos algunos ejemplos y nos referiremos a algunos de los, quizá, rubros más importantes de los dilemas bioéticos.

En una segunda parte, después del planteamiento inicial de cada uno de ellos, (el mío, fue planteado antes, en obvio del tiempo). Después daremos una ronda de preguntas y respuestas hasta agotar existencias. Siempre y cuando Cronos lo permita, iremos desahogando estos cuestionamientos. En esos términos, nada más pedimos a los participantes que se limiten en sus respuestas a no más de 3 minutos para intentar responder todas las preguntas. Pido, por favor, a la Doctora Martha Arellano, y al Doctor Gabriel Cortés que me ayuden a tomar notas, son quienes fungen como secretarios técnicos, intencionalmente les pedí que estuvieran en el núcleo del auditorio, ambos son grandes especialistas reconocidos nacionalmente en la Bioética y nos irán pasando tarjetas, tomarán nota de las cuestiones de consenso porque el objeto esencial es colaborar para incidir en la legislación nacional.

Pido iniciar su presentación al Doctor Kuthy Porter.

- Muchas gracias Licenciado Casa Madrid. Justamente para este foro preparé algunas ideas que espero puedan ser útiles como introducción a este foro de Bioética, en primer lugar, comentar con ustedes que, ciertamente, encontramos que cada vez es más frecuente que los profesionales de la salud, piensen que su acción es buena cuando se valora exclusivamente el aspecto o el rigor científico con el que se llevó a cabo una acción médica o una investigación. Pero olvidan, con frecuencia, el hecho de que toda acción médica contiene dos dimensiones que conviene identificar con el máximo rigor y precisión: el componente técnico y la vertiente ética. El primero, es fácil de valorar, justamente existe hasta una sociedad de control de calidad de la atención médica. El segundo, es más difícil de valorar puesto que a diferencia del rigorismo científico con que se puede valorar la calidad de la atención, el aspecto ético; por su aspecto filosófico, ya que la bondad o maldad de cualquier acción se coloca fuera de los aspectos axiológicos que escapan a la metodología experimental del ambiente de la ciencia o técnica médica, es más difícil de valorar y requiere, fundamentalmente, de la formación de una conciencia recta.

Para comprender la importancia y trascendencia de estos hechos, es necesario comprender que, en todas las relaciones humanas, **no existen actos éticamente neutros**. La acción médica es una actividad realizada por el hombre, para el hombre, es la ciencia y arte del ser humano, para el ser humano, y así que al ser interpersonal, contiene necesariamente, una dimensión ética. No puede ser neutral. Podrán declararse diversos grados de trascendencia en su valoración ética, pero la relación interpersonal siempre podrá ser valorable en su conformación ética.

Diversas cuestiones de orden filosófico deben hoy reorientar el ejercicio de la medicina ante aspectos que constituyen verdaderos dilemas bioéticos motivo de este foro. Hablamos del aborto, de la eutanasia, de lo cual desde el punto de vista jurídico ya se ha tratado, la posible clonación humana, la manipulación de genes humanos, el ensañamiento terapéutico en contra de la dignidad de respeto a la dignidad de la muerte, el empleo de células embrionarias, de células troncales para la investigación terapéutica, el manejo del discapacitado físico mental, la

responsabilidad social ante el manejo del paciente con SIDA, la distribución adecuada de los recursos para la salud. Todos estos son dilemas éticos que conviene valorar. Estos y muchos otros más, han suscitado problemas desconocidos hasta ahora.

La necesidad de manejarlos en forma adecuada ha promovido la aparición y consolidación gradual de la Bioética centrada en el estudio de los aspectos éticos, que plantea el desarrollo de las diferentes técnicas que pueden aplicarse y, por tanto, influir o modificar, la vida del hombre.

El deseo de progreso ilimitado sigue animando múltiples investigaciones, de tal manera que pretende intervenir en todos los procesos de la vida, desde su misma gestación en el laboratorio, hasta la prolongación artificial de su existencia.

Ciertamente que los avances tecnológicos en las ciencias biomédicas reportan grandes beneficios para la humanidad, pero también pueden convertirse en una amenaza porque el hombre ha perdido el deseo de aceptar alguna frontera al pensar que todo lo que técnicamente es posible se puede hacer, sólo por el hecho de poderse hacer.

No se realizan las cosas como primer criterio de referencia porque sean positivas o benéficas para el hombre, sino porque son posibles de hacer y nada ni nadie debe impedir un nuevo avance en la biomedicina; sin embargo, no puede olvidarse que **la ciencia sin conciencia no puede tener cabida en nuestro actuar como verdaderos médicos**. Por otra, es necesario también considerar que, dentro de la Bioética, existen diferentes enfoques de tipo filosófico. Por ejemplo, tenemos la corriente del naturalismo sociobiologista que propone una ética basada en el evolucionismo, el modelo liberal radical que afirma que los juicios sólo pueden ser medidos con los hechos, pero que es imposible pasar de los hechos a los valores y a las normas éticas; la orientación ética contractualista señala la necesidad de estipular el acuerdo entre algunos individuos que constituyen la comunidad moral.

La posición que más se adapta al criterio que seguimos, es la del personalismo, porque el modelo personalista centra la atención de la fundamentación moral en la persona, centro de la historia y fundadora de la sociedad; es así que *la persona en cuanto ser subsistente, determinado y de naturaleza racional constituye el centro del juicio de la Bioética*.

Se reconoce la dignidad de la persona, por su esencia, y no sólo por su capacidad de ejercer su autonomía; en todas las corrientes evidentemente están presentes la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia pero en ésta del personalismo es primordial el respeto a la dignidad del hombre, desde su concepción hasta su muerte, como valor primario. Así, como el ejercicio de una libertad responsable tomando como prioridad, la referencia al valor de la persona fundado en su dignidad esencial y en su realización plena y esto funda el atento respeto, recíproco en el plano social, como plenitud de todas las posiciones.

Ésta sería Licenciado Casa Madrid; una introducción breve, del tema que me fuera asignado.

- Muchas gracias. Le pediría al Doctor León Correa si continúa con su presentación inicial.

- Brevemente en 5 minutos tengo 5 puntos, uno por punto. Yo simplemente enuncio lo que puede ser una propuesta a tener en cuenta de relación entre la Bioética y la reflexión ética y la legislación en temas de Bioética, en temas que tienen que ver con la vida humana y la salud. Una reflexión que puede ayudar a la elaboración de ese Derecho Médico, Derecho Sanitario. Éste es el marco.

**Lo primero** es que hay que establecer un debate plural tolerante. **No cabe el despotismo ilustrado básico.** Todos tenemos que dar las razones de nuestras propuestas en lo que es legislación en Bioética. No vale imponer desde arriba o desde abajo, desde ningún lado. No *vale imponer*, no vale simplemente un debate de intereses. Hace falta un debate de razones, de razonamientos.

En España, la Ley de Fertilización *In Vitro* fue impuesta sin ningún debate previo en diciembre del año 88. No había salido en ningún medio de comunicación y simplemente nos enteramos cuando ya estaba aprobada en el Parlamento. Creo que no hay un debate social previo. **Lo segundo**, es **establecer un consenso previo** como he hablado antes, antes de cualquier legislación en Bioética tiene que haber un consenso previo respecto a los bienes humanos básicos que tenemos que favorecer con esa legislación, los derechos humanos fundamentales y los valores de justicia social presentes.

Hay entre bienes, derechos y valores. La legislación tiene que tender a las 3 cosas y ahí no podemos aceptar sin más lo de fuera; hace falta reflexión sobre cuáles son los valores propios de cada país. La ley Española, no me refiero a México, pero la Ley Española de Fertilización *In Vitro* dice que va a resolver la esterilidad de las parejas y a continuación establece un criterio, diciendo que puede acudir a la fertilización *In Vitro* cualquier mujer española casada o soltera o formando pareja estable o inestable, de cualquier modo. No hace falta ningún tipo de familia para ese niño que va a nacer y que no tenga ningún problema de infertilidad. Cualquier mujer sola fértil puede acudir a la Fertilización *In Vitro*; creo que esto no tiene nada que ver con los valores propios ni con los bienes que están en juego en esa relación. No tiene para nada en cuenta el bien básico de la nueva vida que va a surgir ahí, la familia, los derechos del niño que va a nacer, etc.

**El tercer punto** o propuesta sería analizar y proponer un modelo de relación entre médico y paciente ¿Qué modelo quieren ustedes en México de relación médico-paciente dentro del sistema de salud de la atención pública o privada?

Entonces ahí, quizás hacer una labor previa de ponerse de acuerdo en qué tipo de modelo queremos, no queremos un modelo contractual, no queremos una medicina defensiva, queremos un modelo que tenga en cuenta el consentimiento informado del paciente, por lo tanto ¿Cómo lo vamos a hacer? Para que a la vez y yo creo que es propio de nuestros países, no estamos en un consentimiento informado individual ni una relación individual el paciente, el médico. Estamos más bien con el paciente y su familia y el médico. Entonces tener en cuenta también *cuál es el modelo que queremos de relación*, cómo vamos a informar y cómo esa relación queremos que sea sobre todo en nuestros países y



quizás también en México, sea a la vez educación en salud, no una mera información, entonces yo propongo que el consentimiento informado tenga en cuenta que a la vez **hay una función educativa de la relación médico-paciente** y a la vez un consentimiento no es una relación plenamente individual. Para el Derecho tiene que ser individual está claro, los derechos son de los individuos pero en sí también hay que tener en cuenta la participación de la familia en nuestras comunidades y el individuo dentro de una comunidad. Hay que ver sobre todo en las comunidades indígenas pero también, en general, cada paciente no es un paciente suelto, es un paciente de una comunidad, con una familia.

**El cuarto punto, jerarquización de los principios** que pueden entrar en juego cuando se planteen dilemas éticos. El cuadro que hicimos de la Bioética ya lo comenté antes, no insistiré más, **como subnivel primero absoluto, de no maleficencia y de justicia y un nivel segundo de autonomía y beneficencia** y por lo tanto, ante cualquier legislación en Bioética también hay que tenerlo en cuenta y me parece que esto clarifica los dilemas éticos que se puedan presentar y distintas posturas que se pueden presentar a la hora de enfocar de cualquier tipo de eutanasia, aborto, etc.

**Y el quinto punto** sería el **seguimiento y control de los partidos políticos**, ayudarles a que hagan una elaboración de programas en la materia de Bioética. No sé por qué tiene que tener asesores económicos, asesores financieros, asesores de imagen y los pobres partidos políticos en la mayoría de los casos, ningún asesor en Bioética o acuden ya tarde a que alguien los asesore. En los partidos políticos tiene que haber un programa, en esto se están diferenciando mucho los partidos políticos hoy en día, en las propuestas que hacen en torno a los temas principales de Bioética porque en otras cuestiones quizás cada vez se parecen más pero en este ámbito, es un ámbito valórico.

Vamos a **ayudar a que tengan programas valóricos de Bioética y formación jurídica y ética también de los políticos**. Creo que en esto también se podría hacer una asesoría en estas cuestiones.

A continuación le pediría al Dr. Fernández del Castillo su presentación inicial.

- Buenas tardes a todos. No he tenido oportunidad de saludarlos y agradecer al Sr. Comisionado y al Licenciado Casa Madrid que me hayan invitado. Yo soy ginecólogo, si tuviera alguna peculiaridad les diría que amo a la vida apasionadamente, como médico, y como hombre, amo a la vida, apasionadamente.

Y si yo me pongo a reflexionar cómo nació mi profesión, mi profesión nació en el amor, en el amor de benevolencia, la buena voluntad de ayudar a alguien que está enfermo. Vámonos a millones de años atrás, cuando ustedes quieran, hace mucho. Tal vez apenas si sabíamos hablar pero alguien sintió compasión, se hizo solidario del sufrimiento de un semejante que había sido agredido por algún animal antediluviano, o había sido víctima de alguna enfermedad desconocida, un espíritu invisible o lo que sea y él se dio a la tarea de atenderlo, y surgió la fe, esa persona que se mejoró, dijo el señor que vino a ayudarme, mi amigo, mi vecino, mi compañero de tribu, de clan, tiene un poder de curarme, yo estaba mal y él me curó.

Pero dentro de ese personaje que no llevaba más intención de ver para qué podía ser bueno, de ayudar a esa persona que estaba sufriendo, también surgió en él una transformación de decir: yo no sabía que soy capaz de curar y así fue, poco a poco, solicitándosele sus servicios y con el tiempo, con el tiempo, ese personaje, el chamán, el sanador, el curandero, pues fue siendo un personaje de admiración y de recompensa por sus servicios; y la gente lo compensaban con su misma admiración, era una gran compensación pero también con algunas cosas materiales.

Tal vez le regalaban una piel, le regalaban un animalito, le regalaban algo de comida, lo que fuera, pero la gente lo admiraba y cuando él llegaba todo el mundo se callaba y todo el mundo lo admiraba y todo el mundo quería que la mirada de él se depositara en los ojos de las gentes que lo rodeaban y así surgió el amor de concupiscencia, el deseo de ejercer la medicina para ventajas personales, no porque el otro está sufriendo y nosotros vemos desde el médico primitivo muy lejano que paralelamente van transitando los 2 médicos, el que verdaderamente ama a sus semejantes, y les quiere hacer el bien o el que aparenta que ama a sus semejantes, pero lo que quiere es la recompensa que puede recibir por estarlos atendiendo. De manera que el amor es el denominador común, escondido, mágico que está dentro del ejercicio de nuestra profesión y así ha sido y si nosotros avanzamos a brincos rápidos en la historia nos encontramos con Hipócrates que ya fue mencionado varias veces esta mañana, que se vio en la necesidad de que sus discípulos tuvieran que hacer un juramento de conducta pero por qué, cualquiera se preguntaría, por qué hubo necesidad de un juramento: porque había médicos malos, médicos que lo que querían era su beneficio personal. Estaban dispuestos a hacer lo que fuera con tal de verse beneficiados, pero cosas que no iban con lo que debería ser, con lo que ya se ha mencionado aquí varias veces, valores eternos que están puestos en la naturaleza de nosotros, misteriosamente y todos los que estamos aquí sabemos lo que es bueno y lo que es malo.

Y a veces lo que es malo lo podemos modificar para que parezca bueno, pero en el fondo sabemos que no es bueno, que es malo y entonces Hipócrates se vio en la necesidad de seleccionar un grupo de personas dispuestas a jurar por Apolo, por Higea, Panacea y todos los Dioses que su conducta sería impecable.

Y así surgió eso, y ya ven vamos avanzando, ya el maestro en Derecho nos ha dado una verdadera cátedra. Yo he estado absorbiendo la sabiduría que nos ha dado y vemos cómo el Derecho natural se convirtió después en Derecho positivo. Porque todo mundo sabía a lo que teníamos derecho, pero no se respetaba nuestro derecho, esa es la justicia, el arte de dar a cada quien lo que le corresponde, pero como todo, era la conducta nada más. Había que tener algo que nos vigilara y entonces salió la jurisprudencia, el arte de ver con anticipación la providencia, la prudencia y se hizo entonces el Derecho positivo creado por los hombres que no vino más que a reafirmar el Derecho natural que ya se ha mencionado también esta mañana aquí y ahí vamos los médicos avanzando y avanzando todavía más, ocurre que van surgiendo de la filosofía, evidentemente su rama que nos va diciendo lo que es bueno o es malo.

¿Verdad? Y claro palabra ética pero la moral, una palabra latina nos dice lo mismo, lo que es bueno o lo que no es bueno y después la sabiduría del hombre y la inteligencia dice: hay modos de comportarnos, hay una deontología, hay que portarnos y el médico se tiene que portar así y ahí vamos; pero en el siglo pasado que hubo tanta revolución de avances científico, intelectual, político, social, etc., como que venía estorbando la ética original, la clásica, la deontología, a los médicos venía también estorbando. Había avances nuevos, había modo de transmitir la vida sin necesidad del acto conyugal, había modo, como lo acaba de decir el doctor, de poder tener hijos sin tener cónyuge, había muchas cosas pero la ética estorbaba, la deontología estorbaba y casualmente había grupos que estaban estudiando si lo que se estaba haciendo era bueno o no era bueno pero entonces ya sabemos todos la historia de la Bioética, un oncólogo viendo que precisamente todo el ambiente podía estar afectando el nacimiento del cáncer y sus cosas y hay que tener una conducta en el comportamiento de la vida hacia la vida y por eso entonces salió el término de Bioética y entonces empezaron grupos nuevos.

Ya estaba muy bien establecido, yo creo que aquí hay mucho del meollo de este asunto. De la Revolución Francesa hace ya muchos años, surgió la necesidad cuando había la libertad, igualdad, la fraternidad y se acaba toda esa injusticia social de los reyes y de la riqueza ante una pobreza enorme, de que se trabajara pero la gente se disgustaba siempre; todos tenían la buena voluntad de sacar adelante a Francia y todo, pero se disgustaban porque había corrientes de pensamiento religioso que tenían encuentros y para no pelearse surgió un pensamiento que es el secularismo, vamos a nunca hablar de Dios, nunca llevemos a Dios en nuestras conversaciones y en nuestras exposiciones porque el Dios de tu religión yo no lo acepto porque tú no aceptas tampoco el Dios de mi religión y entonces, se estableció la secularización en la historia de la humanidad y así llegamos nosotros a nuestros últimos años con un concepto secularizado. En ningún lado se debe hablar de Dios porque esto expone a que la gente se pueda irisar y entonces la gente estuvo así y en ese criterio de secularismo surgen los avances de la ciencia y surgen dentro del ámbito que a mí me corresponde que soy ginecólogo. Surge la transmisión de la vida de manera artificial y establece una moral de hecho consumado porque indudablemente el nacimiento hace 25 años de Luisa Brown fue un hecho consumado; el que no aplauda y admire la vida de esta niña que fue la primera niña de probeta, sería una persona que no tiene sentimientos. Todos sabemos que para que llegara Luisa Brown, murieron muchísimos seres humanos, muchísimos, se quedaron en distintas etapas de su desarrollo embrionario a nivel de laboratorio, de la probeta, de lo que se quiera; se inició la vida, se transfirieron a vientres maternos, la madre los abortó, en fin una serie de dificultades técnicas hasta que finalmente se logró y eso fue la moral de hecho consumado.

Luisa Brown es una persona que vale lo mismo que valgo yo y cualquiera de todos los que estamos aquí. Pero entonces, los que murieron estorban en la memoria y en la conducta y entonces vemos que actualmente los que ejercemos medicina política, como se acaba de decir, el Derecho como están aquí mis com-

pañeros ¿Verdad? Entonces todo mundo estamos sometidos a corrientes de pensamiento.

Desde luego el secularismo, Dios no debe existir para que no nos estorbe pero de todas maneras hay otras corrientes de pensamiento. El utilitarismo, lo que no es útil no debe existir; esos embriones que están ahí congelados no deben existir, tirenlos a la basura, ese niño que viene ahí con un defecto no debe venir defectuoso, ni modo interrúmpase su vida.

Este anciano que ya día con día se acerca más a la muerte, anticipémosle su encuentro con la muerte ¿Qué utilidad tiene ese señor? Y así vamos pensando pero hay otras corrientes de pensamiento, el Hedonismo, a mí esto me hace sufrir y por lo tanto no me lo merezco, yo solamente me merezco gozar la vida y lo que a mí no me haga gozar la vida, no debe existir, sólo lo que me dé placer, eso debe existir.

Viene una corriente de pensamiento tremenda, el evolucionismo, hay que evolucionar. Eso era malo antes, ahora ya es bueno, se evolucionó, se evolucionó y entonces ustedes ven el amor libre, el engendro de nuevas vidas sin cónyuge, hay que evolucionar, la disolución de la familia, de los matrimonios, la emancipación de los hijos, eso es lo bueno. Hay que evolucionar, esto es bueno, porque hemos evolucionado **pero los valores eternos, esos permanecen.**

Entonces, fíjense ustedes, y con esto termino la introducción.

Yo como ginecólogo tengo un desacuerdo desde el punto de vista legislativo. A nosotros aquí nos rige la norma oficial de planificación familiar, nos pasó lo mismo porque estos grupos con el nacimiento de la Bioética se hicieron grupos de poder y el grupo de poder fue recayendo en los políticos y en los científicos que logran avances en la ciencia y ellos son los únicos dueños de la verdad y entonces los políticos y los científicos dicen lo que es bueno y lo que es malo y en estas cuestiones que me atañen a mí como ginecólogo, de la noche a la mañana, ya tenemos una norma oficial de planificación familiar en nuestro país, es la norma y hay que cumplirla pero adolece de lo que se acaba de mencionar ahora, no fueron asesorados, cómo va a ser posible que la norma oficial de planificación familiar de mi país no tenga el concepto de familia.

Trae un glosario y no tiene el concepto de familia, cómo va a ser posible que la norma de planificación familiar de mi país no tenga un concepto de lo que es planificación y en su glosario no está la palabra planificación, cómo va a ser posible que si ustedes y yo nacimos en el seno de un matrimonio, la mayoría de los que estamos aquí, cómo es posible que en la norma de planificación familiar de mi país no esté mencionado lo que es el matrimonio, lo que es el matrimonio, no está mencionado ¿Verdad?

Entonces fíjense cómo, si uno analiza con razonamiento los problemas de lo que es bueno o es malo, uno llegará al encuentro de la verdad; pero si los que están en el poder político dicen: ésta es la norma y esto se hace o si los que van obteniendo avances en la ciencia médica, es decir, yo tuve un espermatozoide aquí, un óvulo de acá, aquí los junto y se los rento a esta mujer y después va a comprar el producto esta otra persona mediante un contrato.

Los científicos dicen que está bien, los políticos dicen que también está bien y eso está bien y todo mundo nos quedamos callados y decimos: está bien, eso lo dicen, ahí está la norma, está escrita y dicen que está bien y cuando a mí me invitó el Licenciado Casa Madrid para esto, para un dilema, pues vengo a decir lo que siento porque así me lo dijo y si yo estoy externando cosas que están en contra de ustedes. Pues ya me escucharon y el día que yo tenga oportunidad de escucharlos, también lo haré, voy a tratar de comprender y a ver si llegamos a un acuerdo pero yo creo que el meollo de los dilemas de Bioética, es como acabo de externar, muchas gracias por su atención.

- Le pido al Doctor Romo, por favor.

Antes de comenzar lo que quiero comentar, no puedo dejar de decir algo. Muchas veces uno se siente solo en sus ideas y considera que está clamando en el desierto. No obstante, cuando uno escucha a estos maestros que con su experiencia lo reconfortan, evidentemente que no solamente la sorpresa en el buen sentido de la palabra, viene hacia la conciencia de uno, sino que, además, lo impulsa a seguir luchando por alguna de estas ideas que se han manifestado tanto por el Doctor Kuthy como por el Doctor Fernández del Castillo.

Dicho esto que me pareció indispensable manifestarlo a ustedes, quiero hablar sobre algo que nos preocupa a todos en América y esto lo digo un poco como Presidente de la Asociación Iberoamericana donde me toca ver las necesidades en estas materias que son similares, en casi todos nuestros países hispanoamericanos. Tal vez España, no Portugal, dentro de este instituto se desplazan hacia otros lugares, España por su profusa legislación en estas materias, por su manifiesta y gran jurisprudencia que nos ayuda, nos respalda y obviamente en algunas oportunidades nos señala camino.

Yo me quiero referir a estos Centros de mediación, conciliación y arbitraje como nosotros los llamamos, mediación y arbitraje le llaman ustedes, conciliación y arbitraje le llaman en el Perú, en Argentina no sé cuál es el nombre definitivo pero también viene la palabra arbitraje porque, indudablemente, queremos sacar al médico de esta disyuntiva judicial que hoy en día lo afecta.

Ustedes ven las preguntas, es necesario el seguro, la relación médico se podrá modificar, puedo yo hacer tal cosa o la otra dentro de mi gestión médica. Yo les digo son problemas no insolubles, pero de difícil solución; por eso es que esta perspectiva general sobre la mediación y me voy a remitir a un pequeño esquema que yo le hice a una Asociación de Clínicas en Chile del por qué teniendo, por un lado, derechos constitucionales de protección a la salud, de protección dentro de la gestión de la salud pública, etc. Y por otro lado, esta espada de Damocles que se cierne sobre la gestión médica, debemos tratar de conciliar estos deberes y derechos y obviamente tratar de hacer lo mejor posible, para **no seguir considerando al médico como un delincuente más**. Yo resiento un poco estas defensas obligadas de los médicos en materia penal que se están constituyendo en diversos países con el objeto evidentemente de defenderlo, de reclamaciones oportunas o inoportunas, fundamentadas o infundadas, por eso es que **estos**

**centros o comisiones como también se llaman de mediación y conciliación son indispensables.**

La negociación o mediación considerada así, en sentido genérico, como práctica de una intervención para la superación de una diferencia; sin lugar a dudas, es objetiva dentro del sistema que se acuerde. En algunos países, el sistema no ha producido todos sus efectos debido a que se ha entregado la resolución del conflicto a determinados institutos, por ejemplo en España que es uno de los ejemplos que conozco, se le entregó esto al Colegio de Abogados, claro que existen ciertas ideas a ese respecto de decir, por qué los abogados van a solucionar un conflicto que es médico.

Por otra parte, en Perú esto que lo está llevando ahora muy buenamente la Asociación Peruana de Derecho Sanitario, en un comienzo también tenía cierta institucionalización que no daba confianza.

Ustedes comprenderán que la mediación y, sobre todo, el arbitraje, evidentemente se fundamenta en la confianza de las partes: médico-paciente, se trata de un conflicto no judicial pero sí formal. No crean ustedes que esta mediación o conciliación no tiene forma, no tiene una estructura jurídica, sin lugar a dudas, la debe tener y es muy importante que así suceda.

Esto no es un trato amistoso en que un tercero toma la autoridad para discernir sobre un conflicto, esto es mucho más profundo. Por eso se llama mediación, conciliación y arbitraje. Para denominar estas instituciones, la mediación significa exclusivamente un trabajo de amistad o de producirla entre las partes que se han visto afectadas por el daño médico o por la dignidad en el trato que se ha suscitado entre el agente sanitario y su paciente.

Esa mediación significa que el órgano mediador no emite opiniones, no debe emitirlas, en consecuencia, se escucha la opinión de las partes. Ahora la etapa subsiguiente es la de conciliación, ahí el mediador tiene la obligación de emitir opiniones.

En esa conciliación se habrá escuchado al técnico y acá viene lo del perito, no perito forense pero sí perito de especialidad que pueda dar luz sobre el caso preciso que se está discutiendo. Finalmente no hay conciliación, no hay un acta que diga, sí, en realidad hay un daño pero hay una indemnización o por el contrario, no hay daño y en consecuencia, no procede tal indemnización. Se pasa a un arbitraje, a un arbitraje formal que tendrá relación evidentemente con la estructura jurídica que cada país tiene en esta materia.

Yo me referiré a la nuestra, la que conozco, ahí el arbitraje podrá ser absolutamente legal sin necesidad de una nueva ley. Hoy día, nosotros en otro ámbito que es el del comercio, el ámbito del dinero, digámoslo así, se ha llevado muy bien el arbitraje, lo lleva a esto un instituto que es la bolsa de comercio de Santiago y en consecuencia ahí con un número de arbitradores preseleccionados que, generalmente, son gente de alta alcurnia académica y jurídicos de nota, juristas de nota, sencillamente se arbitra el problema jurídico que ha dado lugar a la gestión ¿Por qué no va a suceder esto en el conflicto médico?

Es mucho más razonable y yo diría más lógico, hasta cierto punto, que este conflicto médico se suscite y se resuelva en este ambiente de intimidad que lo da una nueva autoridad que es el árbitro previo a una conciliación que a la mejor resulta, a la mejor no. De ahí que nosotros pensemos que ojalá este sea el camino dentro del contexto legal en que se desenvuelven los diversos países hispano-americanos. Yo he aprendido mucho de vuestra legislación hoy en día, en los días de esta ponencia, indudablemente que difiere de la nuestra, difiere de la Argentina que la conozco en algunos aspectos, y no me cabe la menor duda que difiere de otras legislaciones; de la peruana desde luego, y en consecuencia, nosotros tenemos que apartarnos un poco de la legislación positiva para llegar a esta conciliación y arbitraje posterior.

No nos importe entregar la decisión del asunto conflictivo a esta autoridad autónoma, insisto en ello, la autonomía es la que da la confianza a las partes porque indudablemente cuando se piensa que existe alguna vinculación con algún grupo de poder, diré para generalizar, evidentemente no existirá esa confianza para entregar la decisión de ese asunto conflictivo a esa autoridad.

Finalmente, no podemos tampoco decir que puede ser el sistema virtuoso definitivo; no obstante, creo firmemente que **es mucho mejor una vía alternativa extrajudicial como ésta para solucionar el conflicto médico que la vía judicial** que hoy día tenemos en nuestros países que muchas veces sirva al médico, al agente sanitario en general al estrado judicial donde no solamente, lo dijo mi predecesor, no solamente se lleva al estrado al médico, se lleva también a su familia, a su entorno y la discriminación negativa o positiva que éste sufre evidentemente redundará en su posterior ejercicio profesional.

Tratemos de evitar esto y obviamente sin estar en el consumo de las opiniones que esta modesta opinión mía pueda tener; evidentemente yo creo en la experiencia que me da el conocimiento de algunas asociaciones que ya están operando significativamente será mejor para el médico y será mejor para el paciente que no va a tener que esperar estos términos, estos lapsos interminables para tratar su asunto judicial en la profusa, hoy día, gestión judicial que tienen todos nuestros estrados judiciales, en los diferentes países que yo conozco. Muchas gracias.

- Muy bien, continuamos con la dinámica

En ese sentido ya ha quedado claro que **existe un consenso en que, precisamente, las decisiones en Bioética deben ser de consenso. No puede haber un autoritarismo ni público, ni de los particulares, en esta situación.** Sin embargo, hay un problema que es básico. Lo han planteado juristas como Ramón Martín Mateo, en el texto clásico *Bioética y Derecho*, lo menciona especialmente, cuando se refiere al rubro de los dilemas. Lo señala Kant en su introducción a los principios metafísicos del Derecho, donde señala que cuando se pide a un particular que participe en un programa público o que asuma determinadas obligaciones, **no se afecta su conciencia sino que, en aras del orden público, y del bien común, acepta determinado tipo de cargas u obligaciones.**

Pero esto suena como la definición teórica, porque sigue diciendo Martín Mateo que no vivimos con una moral sino con varias morales integradas. En ese contexto y visto que se ha hablado hoy de una posibilidad de una comunidad moral; yo les haría una pregunta a la mesa que creo que es básica, es el punto de partida de lo que sigue.

Si es cierto que vivimos con morales integradas, pero si finalmente queremos llegar a una comunidad moral, a unos principios ontológicamente ¿Cómo podremos resolver esto? Y la segunda parte, si es posible establecer una jerarquía de los valores especialmente en la relación jurídica médico-paciente ¿Con quién empezamos?

Dr. Francisco Javier León Correa:

Yo puedo intentar contestar algo a la primera pregunta. Yo no estoy en absoluto de acuerdo con la teoría de Engelhardt de los extraños morales que es un poco una respuesta a tu pregunta. Engelhardt, ahora parece ser que es ortodoxo, y por tanto está de acuerdo con sus amigos morales, son ortodoxos en todo, en aborto, eutanasia, en todas las cuestiones de Bioética pero él además es tejano y, por lo tanto, está en una sociedad plural donde todos los que no sean ortodoxos para él son extraños morales; por lo tanto, el único acuerdo que vamos a tener es el que vamos a estar en desacuerdo, en principio, o quien habla de la Bioética en la sociedad liberal, dice exactamente lo mismo, el único acuerdo posible es que no vamos a estar de acuerdo; por lo tanto nos quedamos sin unos mínimos éticos fundamentales, objetivos, universales, llegamos a un relativismo ético y yo creo que ningún ser humano es extraño moral para otro ser humano. **El consenso no es la finalidad absoluta, la finalidad absoluta es el reconocimiento jurídico cuando se establezcan leyes, el reconocimiento jurídico de unos valores, bienes y derechos humanos.**

Esta es la finalidad última. El consenso es un medio para llegar al descubrimiento de esos valores. Yo creo que a la mejor no vamos a llegar a ningún consenso con una visión hinduista o musulmana en algunas materias pero en gran parte de las materias de Bioética hay consenso con budistas, con hinduistas, con musulmanes, es decir, **el disenso no viene de las distintas culturas o creencias religiosas sino que viene de las posiciones distintas de fondo en ética.** No cabe el consenso con un utilitarismo extremo o con un liberalismo radical. Por ahí va la cuestión. Cabe pero con un planteamiento ético distinto y diferente.

Lic. Octavio Casa Madrid Mata:

- La segunda parte, la doctrina jurídica aceptada, primero filosófica, ha establecido que el principio fundamental es el respeto a la vida específicamente humana. Hay consenso pero en esos términos cuáles serían los principales apuntamientos que se podrían hacer para entender de manera general que exista este respeto a la vida específicamente humana.



Dr. José Kuthy Porter

- Yo creo que para completar la anterior, la educación es la esencial. La educación del público en general, de normas morales, de ética, de bioética. Ahora hablando de respeto a la vida es necesario profundizar en el estatuto humano del embrión, reconocer que el embrión es un ser humano desde el momento de su concepción porque desde el punto de vista de su genética, tiene ya un patrimonio genético que será el patrimonio genético del nuevo ser. Ya no son 2 células, es una sola, ya no es el óvulo y el espermatozoide, es el cigoto y el cigoto tiene una personalidad propia, de ese cigoto va a nacer un ser humano, no va a nacer un batracio, una rana o un sapo. Va a ser un ser humano. Si logramos convencer a la gente que el respeto a la vida se inicia desde el momento de la concepción hasta su muerte natural pues lógicamente hablaríamos en contra de la eutanasia, pero también contra el ensañamiento terapéutico. Estos términos que se utilizan de distanasia, ortotanasia, eutanasia activa, pasiva, son un poco confusos. Yo lo referiría exclusivamente a eutanasia activa o pasiva, es decir, cuando se actúa directamente, pasiva cuando se deja de actuar y ensañamiento terapéutico, cuando se están haciendo acciones que son verdaderamente extraordinarias, desproporcionadas para el caso.

Si logramos convencer que el respeto a la vida justamente debe respetar al ser humano a su vida desde su concepción hasta su muerte, creo que lo tendríamos informado básicamente.

Dr. Francico Javier León Correa:

- Añadiría una pequeña cuestión, creo que hay que tener la honestidad intelectual de reconocer en cada problema de Bioética hasta donde llega el conocimiento científico y donde tiene que entrar otro tipo de conocimiento, como puede ser el conocimiento ético y el conocimiento jurídico. Una anécdota con lo que hizo usted referencia Dr. Kuthy Porter del estatuto del embrión. En unas discusiones en que tuvimos tres días de debates en el consejo de Europa, nos llamaron a algunos como expertos para discutir el estatuto del embrión humano. Después de tres días de discusiones en inglés o francés los de habla castellana procurábamos sentarnos a comer juntos para poder hablar con otra persona sin necesidad de traductor; y estaba presente el presidente de un comité de ética del Instituto de Barcelona, que es el Instituto que ha llevado a cabo mayor parte de las investigaciones sobre fecundación *In Vitro*, el era presidente de un comité de ética porque decía que ahí, hacían la fecundación *In Vitro* de un modo distinto con normas, con reglas, no se podían implantar más de tantos embriones, había que tener una serie de procedimientos, etc. Y en la mesa al sentarnos a comer el comentó un poco exasperado por las posturas que estaban saliendo en los debates, lo que yo no entiendo de fondo es porque ustedes se preocupan tanto por el embrión si el embrión no es nada. Hubo silencio yo le dije, bueno fulanito si no es nada el embrión, lo primero que debías hacer es dimitir como presidente del

comité de ética del instituto, para qué hace falta un comité de ética si ustedes pueden tirar el embrión a la basura, tirarlo a la papelera, en fin... No me refería a eso, no quería decir exactamente esto, la posición de fondo es decir el embrión no es nada, déjenos actuar ustedes porque no hay razones científicas, hay intereses. Entonces yo creo que hay que tener la honestidad de definir qué son razones científicas, cuáles son las razones éticas, cuáles son las razones jurídicas y cuáles son los intereses, algunos pueden ser legítimos otros ilegítimos.

Dr. Carlos Fernández del Castillo:

- Bueno pues éste es uno de los dilemas de la Bioética y yo ya externé que yo amo a la vida apasionadamente y considero que yo fui un cigoto de una sola célula y todos hemos sido cigotos de una sola célula y en una secuencia de vida pues aquí estamos yo ya tengo mas de 70 años de edad y aquí estamos.

Pero yo fui un cigoto, pero en esta cuestión de iniciar artificialmente la vida, voy a externar unas reflexiones que creo que son importantes y tienen que ver con el lenguaje usual de la Bioética. Decimos todos en la Bioética hay unas columnas donde esta se asienta, la beneficencia, no maleficencia, la justicia y la autonomía y eso hay que estarlo manteniendo y siempre viviendo, bueno pues bien, entonces, se ha solicitado un servicio de fertilización *In Vitro*, por las razones que ustedes quieran porque esas razones también se pueden discutir muchísimo.

Si nos vamos en plan metafísico hay que ver que dio lugar a la solicitud del servicio de fertilización *In Vitro*, voy a dar un ejemplo. Pues a la señora se le infectaron las trompas de Falopio porque tuvo una enfermedad de transmisión sexual, se provocó un aborto, las trompas se le destruyeron, y como ahora ya no tiene trompas hay que hacer una fertilización asistida.

Pero si nos vamos con sentido de razonar y decimos ¿Cuál es el origen de esto? El origen fue que la conducta sexual que ella tuvo no fue la buena, la consecuencia es que ahora ya quiere niños y no los puede tener, pero como quiera aquí están los dos gametos y ahí se van a poner.

Cuando yo llegué a la existencia, mí mis padres no me preguntaron si yo quería venir porque yo no había existido, yo no era. Mi papá tenía un espermatozoide y mi mamá su óvulo, cuando se unieron ya fui, o sea yo no fui pre-ser, yo empecé a ser un ser cuando ya estuve ahí, ya vino la concepción, ahí estoy.

Entonces la historia natural del asunto, en el embarazo espontáneo normal de la manera como yo fui procreado, el riesgo clínico comprobado científico de que se puede abortar una persona esté en el orden de un 15%, o sea de todas las mujeres que se embarazan, su bebé se puede perder en el 15% de los casos.

Entonces cuando se hace la fertilización asistida, en las mejores clínicas incluyendo el instituto de Exeus, el éxito no anda arriba del 30% o sea que en la vida que se genera, el riesgo de que se aborte en vez de 15% sube a 70% y eso es lo que ocurre en distintas etapas, entonces se dice vamos a razonar desde el punto de vista ético lo que está ocurriendo, y se debe reflexionar, pero entonces, ya está ahí el embrión, aquí hay dos maneras de pensar, para mí es una persona en

etapa de una sola célula, como fueron ustedes y soy yo, ahí está y por lo tanto, es una persona, y esa persona procreada de esa manera artificial pues es una persona a la que deben de aplicar los principios de la Bioética, la beneficencia la no maleficencia, la autonomía, la justicia; entonces si nosotros nos ponemos a reflexionar profundamente, entonces vemos ese cigoto en manos de quién está. Ese cigoto no puede hablar, yo no pude hablar sino hasta el año y medio o dos años que empecé a balbucear o decir mis cosas, pero pude hacerlo, pero antes yo no podía hacerlo, entonces la responsabilidad de quienes me procrearon, mis padres y después, de los que me fueron cuidando, del pediatra que a lo mejor me puso vacunas o lo que haya sido, pues ahí fui yo creciendo, pero entonces, ellos se hicieron responsables de mi.

¿Quién se hace responsable de ese cigoto traído en el laboratorio?, porque aquí la responsabilidad de reflexionarla, porque en estos casos hay procreadores intelectuales y procreadores materiales. Si yo voy en pareja y solicito el servicio, soy el procreador artificial. Me pongo en manos de una clínica especializada, pero el biólogo de la reproducción como en la mañana decía el maestro, el que se mete a la cama para una radiación, el paramédico que lo hace, quién será responsable; entonces el que hace la procreación, aquí está el biólogo y dice aquí está el óvulo capacitado y el espermatozoide.

No hay ser, yo voy a unirlos poniéndolos en contacto o voy a inyectar el espermatozoide en su citoplasma, hacer una fertilización intracitoplasmática y yo soy el autor material de esa vida porque yo manejé los gametos; entonces es una responsabilidad que no se puede perder y entonces ahí está el embrión pero resulta que vinieron seis embriones y el biólogo sabe y dice: si meto los 6 los van a abortar, debo meter 2 ó 3.

A ustedes los voy a congelar pero hay un consentimiento informado, quien suple el consentimiento informado de congélenlos, el biólogo que logró el inicio de esa vida, los procreadores intelectuales que solicitaron el servicio y entonces ven cómo si uno reflexiona como se ha dicho, hay muchos parámetros que se tienen que poner en juego para ver qué es lo que se está haciendo, es bueno o no es bueno porque el consentimiento informado implica mucho.

Ya están 4 bebés en el vientre, se están empezando a estorbar, hay que hacer una sustracción, hay que sacar a uno o dos para que dejen cómodos a los hermanitos.

A cuál de los 4 se le ha preguntado, tú estás dispuesto a sacrificarte por tu hermanito y que te aspire, te absorba, te tire a la basura para que él pueda crecer. A la mejor en una generosidad de benevolencia, alguien diría sí, doy mi vida por la de mi hermano. Pero no lo hay. Entonces fíjense en esta cuestión, hay necesidad de reflexionar mucho porque nos pregunta el coordinador qué se podría hacer, estudiar, estudiar, estudiar vida humana, filosofía, ética, los médicos estudiar bioética, los legisladores escuchar la voz, cómo va a ser posible cuando un grupo que haga una norma oficial nos deje a otros dar nuestras ideas para que se reflexione y se haga un documento mejor. Entonces ahí está la respuesta, vean que en el trasfondo de todo esto hay un problema sumamente serio. Hay

procreadores intelectuales y procreadores materiales y eso hay que tenerlo muy bien en cuenta.

Dr. Osvaldo Romo Pizarro:

- Quiero agregar algo sobre esto. Recogiendo lo que acaba de decir el Doctor Kuthy, efectivamente él decía hay una terminología difusa en materia de acto eutanásico, eutanasia en general pero yo no solamente estoy de acuerdo con eso. Yo voy más allá. Yo creo que hay una especie de artificio verbal que trata de mostrar una realidad que no existe. Recién el Doctor Fernández Castillo se refería al embrión. Imagínense ustedes que se ha creado determinada nomenclatura, el pre-embrión. Yo conozco una célula totí potencial progresiva en su desarrollo que lleva en sí misma toda la planificación, diré para que con posterioridad se convierta en el futuro ser humano que esperamos; sin embargo se dice mire, no existe el cordón neuronal por lo tanto todavía no se es un ser humano, vamos de etapas en etapas y todo esto se persigue en el interés de qué, de beneficio del nuevo ser humano, no. Se persigue el beneficio de alguien que quiere determinar una norma abortiva porque no se es ser humano antes de esos 14 días. Por otra parte, esto no es lo único, ustedes ven en materia de eutanasia hoy en día y lo dije en la mañana también sobre determinadas terminologías como lo es el testamento vital. Aparentemente es un formulismo, es testamento. Nosotros estamos acostumbrados a esa terminología, es vital. En otras palabras, es un ser vivo que está manifestando una voluntad última sobre su existencia pero es que no es eso. No es eso. Existen, por lo tanto, determinantes que canalizan la actitud del ser humano científico en cuanto a la gestión de descubrimientos que él pretende. A mí no me cabe la menor duda que no hay morales, hay una sola moral. Y esa moral viene de algo que nosotros determinamos como la moral natural, la del derecho natural. Esa moral natural evidentemente va encauzando una conducta, la denominamos conducta ética y ésta debe llevar al científico a auto-evaluar su propio descubrimiento o su propia gestión científica. Decía yo que el científico que descubre no tiene antecedentes y en consecuencia es su propio fiscalizador y debe ser su propio juez para determinar hasta dónde llega su investigación.

Otro tema es el de la norma jurídica a la cual ya me referí y desgraciadamente adopta determinadas nomenclaturas que no son reales y que tampoco se compatibilizan con la humanidad del ser humano.

Dr. Francisco Javier León Correa:

- Añado el preámbulo de la ley española de fertilización *In Vitro* habla de que hay un óvulo que se va dividiendo constituyendo un grupo de células que después se implantan en el útero. Yo no conozco ningún óvulo que se empieza a dividir si no ha existido la unión con un espermatozoide. Eso es un embrión unicelular que está en su proceso de implantación en el útero de la mujer.

Lic. Octavio Casa Madrid Mata

- Aquí hay una cuestión que es importante destacar. Ya lo ha destacado Vidal Martínez que es tratadista jurídico clásico. Ha señalado: lo único que ha conseguido este tipo de nomenclatura es simplemente demostrar la característica despersonalizadora de todos estos procedimientos. En esto creemos que todos estamos de acuerdo independientemente que algunas decisiones jurídicas hayan o no de tomarse, según la hipótesis, cosa debiera discutirse también; lo que sí es un hecho es esta naturaleza despersonalizadora y esto suena a instrumentalización que hemos platicado incluso y yo no estimo necesario preguntarlo, es consenso de la mesa, **todo acto, instrumentalizador es no ético y además, es contrario al orden público**. Porque contraria específicamente la vida humana pero vamos a progresar en la discusión porque hay mucho todavía que discutir y, seguramente, no vamos a alcanzar a hablar de los básicos.

Les pregunto, podrían ustedes proponer algunas reglas, parece aventurado y simplista, para tratar de resolver las antinomias que se presentan entre los principios de ética médica, esto es justicia, beneficencia y autonomía porque habitualmente cuando se abordan estos temas y es el sentido de la pregunta, (lo aclaro para el público en general). Cuando se habla de estos temas se piensa que los principios éticos del juramento hipocrático son 3 principios que siempre van de la mano y es lo mismo que pasa con los fines del Derecho, el bien común es análogo a la seguridad jurídica, pero no es lo mismo que la libertad y no es lo mismo que la justicia.

En este caso los fines del Derecho clásicos que son seguridad jurídica, bien común y justicia no necesariamente se aplican de la misma manera y en la misma hipótesis, en la misma medida. Lo mismo sucede con la autonomía, beneficencia, no-maleficencia y con el permiso, entonces ¿Cómo podríamos iniciar este estudio, este abordaje con algunas reglas metodológicas generales para tratar de resolver estos problemas y estas antinomias.

Dr. Francisco Javier León Correa:

- Yo reflexionando sobre esta nomenclatura que es la que tenemos que utilizar para podernos entender en el lenguaje. Estas 3 columnas, una es doble, la beneficencia y la no-maleficencia es una sola columna, esas 3 columnas que soportan a la Bioética tienen corrientes de ida y vuelta. El paciente que es autónomo, que tiene su libertad no le pertenece nada más a él. La autonomía también le pertenece al médico, el médico también tiene derecho de ser autónomo. La justicia distributiva tiene que dar la justicia a todo mundo. El paciente tiene que ser justo con él mismo, no es dueño de su vida, es usufructuario de la vida que le tocó y entonces el paciente tiene que aprender que él tiene que cuidar la vida que tiene, no es dueño de la vida y esto es muy difícil que la gente lo acepte pero así es, yo no soy dueño de mi vida. Yo puedo sin duda sacar una pistola y darme un tiro y acabó mi vida pero no por esto quiere decir que lo hice con justicia, ven

la justicia, no se respetó en la decisión que yo tomé de interrumpir mi vida. No se dio porque entonces la libertad cuando no se respeta se convierte en libertinaje. Pero el paciente también le tiene que hacer beneficio a la justicia, respetándola y el paciente le tiene que hacer beneficio al médico.

Ya escuchamos esta mañana cómo el médico se beneficia simplemente por el hecho de ser médico y si un paciente le deposita su confianza y le permite ejercer la profesión, el paciente está beneficiando al médico. Entonces esto es un juego y esto que pregunta el Licenciado Casa Madrid es una necesidad de que los medios de comunicación que existen televisión, radio, periódico, revistas, estos conceptos fundamentales se hagan de dominio público y se asimilen y que todo mundo tenga claro, pero con una claridad prístina lo que significa beneficencia, justicia y autonomía. Los medios de comunicación son los responsables de ayudar en la educación de los pueblos en cualquier país.

Dr. Osvaldo Romo Pizarro:

- Me gustaría añadir una reflexión a lo que ha dicho usted. Es el modo en que se entienden los derechos humanos fundamentales, el modo en que se entienden que a veces está en la base de por qué hay diferentes juicios acerca de un mismo problema en cuestiones de bioética. Los 4 derechos humanos básicos, fundamentales son el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho de libertad de conciencia y de creencia y el derecho de propiedad.

Son derechos negativos, tengo derecho a que no atenten contra mi propiedad obtenida justamente, tengo derecho a que no atente nadie contra mi vida o a que se me atienda cuando pierda la salud, tengo derecho a opinar también lo que yo quiera sin presiones externas, sin que nadie me imponga una determinada creencia pero, a la vez, son derechos negativos, no son derechos positivos o sea yo no tengo el derecho de hacer con mi vida lo que yo quiera. Yo tengo el derecho a hacer con mi salud lo que yo quiera, no tengo el derecho de hacer, incluso con mi propiedad, lo que a mí me dé la gana, hay una hipoteca social de la propiedad que me parece importante y no puedo creer lo que a mí me dé la gana, por ejemplo, la secta, una secta muy rara cuando el cometa Halley, no sé si se acuerdan ustedes, decían que era una nave extraterrestre que iba a aterrizar en las Islas Canarias, en el Monte Teyde, un sitio espectacular, si fuera extraterrestre me gustaría ir allá y decían que la única forma de salvarse, según su creencia, era ir al Monte Teyde y suicidarse justo la noche en que iba a pasar el cometa, se fueron a Canarias, viajaron a Canarias e iban al Teyde a suicidarse y se entendió que, no por respetar la libertad de creencia les iban a dejar suicidarse, no los dejaron llegar hasta el monte, por tanto se salvaron.

No podemos creer lo que te dé la gana tampoco, opinar lo que nos dé la gana. Tenemos que opinar en conciencia y los derechos humanos fundamentales a la vez son deberes éticos para cada uno de nosotros. Yo tengo el deber de cuidar y salvaguardar mi vida, el deber de cuidar y salvaguardar mi salud, el deber de formar mi conciencia para opinar en conciencia y para establecer cuáles son mis

ideas y tengo también el deber de cuidar mi propiedad, pues tiene que servir para mi familia y para toda la sociedad.

Lic. Octavio Casa Madrid mata:

Entonces siguiendo ese orden de ideas podemos establecer que las antinomias, de manera general, se tendrían que resolver en términos de las circunstancias de modo, tiempo y lugar ponderando la base óptica general, en este caso los derechos y deberes generales. Siguiendo con esto y voy contestando las preguntas de los asistentes. Alguien pregunta si puedo dar la definición y términos de tolerancia. Yo creo que es un tema muy importante, y si se puede permitir todo.

Por supuesto que no se puede permitir todo, porque el derecho de libertad no permite la negación de la libertad, la negación de la vida humana, por ejemplo, no es válida.

Pero en este caso abundando un poco en la tolerancia y continuamos con la segunda pregunta que habíamos hecho.

¿Qué podemos entender por tolerancia en este tipo de conductas, cuáles podrían ser porque, por ejemplo, se ha hablado mucho de la libertad de conciencia, en qué contexto y esto creo que sería la salida jurídica, la salida jurídica formal, podría establecerse la tolerancia?

Esta situación es bastante álgida.

Dr. Carlos Fernández del Castillo:

- El derecho como todos sabemos es un conjunto de normas que rigen la sociedad, sin el derecho nosotros viviríamos en una selva, vivimos en una selva pero un poco condicionada. En todo caso el derecho determina plus y mínimos. Sin lugar a duda que la tolerancia está dentro de esos plus y mínimos.

Si nosotros vamos a la tolerancia moral, es otra cosa, pero la tolerancia jurídica está determinada en la ley, en la ley en sentido genérico, en el reglamento, en la ordenanza, en la disposición positiva, etc. Por eso es que cuando nosotros decimos y me voy a ir a un tema que a la mejor va a producir alguna polémica, nosotros nos referimos al aborto, por ejemplo y decimos, y trataré no de equiparar, bajo ningún respecto, pero al menos de establecer un paralelo entre esta tolerancia moral y la jurídica. Y nos referimos al aborto. Ustedes verán que hay legislaciones que con esta nomenclatura difusa que nos hablaba el Doctor Kuthy, sencillamente nos habla ante un aborto honoris causa que no tiene nada de honor y menos de causa honorífica como es el aborto en los casos de violación de una mujer. Nos habla también del aborto socioeconómico por el sólo hecho de que esa pareja puede tener solamente dos y no tres hijos.

En fin nos hablan en una diferente nomenclatura de un hecho que nosotros sabemos cuál es: el aborto. El término del embarazo con violencia y con una intencionalidad de muerte del producto de la concepción y en ese caso decimos ¿Cuál es la tolerancia? La tolerancia moral indudablemente no lo acepta en forma

absoluta, no existe la tolerancia moral para el aborto, para poner término a la vida de un ser humano en cualquier estado de su desarrollo y la tolerancia jurídica cuál es. Es la de la ley y por eso hay disposiciones jurídicas que está de más que lo diga, no lo comparto en diferentes leyes, especialmente de Europa e incluso hoy día en Italia ya existen estas disposiciones jurídicas desde hace algunos años en donde se acepta el aborto en ciertas condiciones o diré mejor, con ciertos condicionamientos.

Indudablemente esa es tolerancia jurídica, se puede realizar el aborto. Nosotros tuvimos lo que se llamaba el aborto terapéutico que no era terapéutico bajo ningún respecto. Hoy día ese aborto terapéutico ha quedado en la obsolescencia más absoluta, hoy día ustedes son médicos y lo saben mucho mejor que yo, que existe una o dos patologías de los órganos sexuales internos de la mujer que podrían habilitar el aborto con el objeto de salvar el bien mayor que es la madre en relación a su hijo. Esto por lo demás se ha estudiado por algunas confesiones incluso religiosas en la teoría del doble efecto. No se va con respecto al aborto, con el objeto de matar el producto. Se va a salvar la vida de la madre que por efectos secundarios se produce la muerte del producto. Esa es la teoría del doble efecto y eso moralmente puede ser aceptable en determinadísimos casos y no en uno solo de acuerdo a la ciencia médica.

Por lo tanto ustedes ven que acá el paralelo entre lo que nos dice la moral y lo que nos dice la norma jurídica no siempre son coincidentes; por el contrario, yo diría que muchas veces la legislación va más allá de la moral y podríamos hablar efectivamente de leyes inmorales como la que yo acabo de mencionar.

Lic. Octavio Casa Madrid Mata:

- Me pide el Doctor Kuthy que volvamos al asunto de consenso y a la objeción de conciencia que ha estado flotando en el ambiente de toda la charla.

Dr. José Kuthy Porther:

- Yo pensaba que en torno al consenso justamente este foro que se ha organizado que reúne al aspecto jurídico y al aspecto bioético, trata también de llegar a un consenso entre los dos puntos. Yo pienso que ese diálogo entre el aspecto jurídico y el aspecto bioético continuado, seguido, debe ayudarnos a llegar a consensos. Por ejemplo, uno lo acaban de referir, la tolerancia, hasta dónde es, desde el punto de vista bioético, hasta dónde desde el punto de vista jurídico. Otro aspecto, podría ser la objeción de conciencia cierta, verdadera y justa, hasta dónde es permitida desde el punto de vista jurídico, hasta dónde es ética esa objeción de conciencia, entonces resumiendo, el diálogo necesario entre estas partes; yo pienso que este foro lo ha iniciado muy brillantemente.

- Sobre la tolerancia añadiría lo que me parece es un punto clave de nuestras sociedades actuales, plurales, multiculturales donde hay mucha diversidad de opiniones, de pensamientos y creo que la tolerancia es un descubrimiento clave



dentro de la civilización actual. Si no podemos imponer a los demás a través de la legislación unos máximos morales, una concepción moral total de mundos, el derecho no tiene por qué establecer, imponer lo que es el bien supremo de la persona y lo que son el ideal de perfección y de felicidad. El derecho no tiene por qué meterse a regular cuáles son nuestras expectativas de una vida feliz buena. Regular en las relaciones con los demás el respeto a los bienes humanos básicos, también lo que es la tolerancia está muy en la base de la concepción de lo que es el propio derecho pero me parece que el que no podamos imponer a los demás nuestros máximos morales podemos decir yo tengo mi concepción de lo que es la mayor flexibilidad para mí pero no existe ya el monarca ilustrado que impone a todos su ideal de felicidad humana porque él sabe cómo deben hacer los demás para ser felices. Era una concepción. Él es el que está más cerca de Dios, la monarquía absoluta o ellos, es una élite de despotismo ilustrado que son los que realmente saben cómo todos los demás pobrecillos que no saben cómo deben ser felices, yo creo que esto es clave. Por tanto vamos a tolerar, no solamente tolerar las distintas opiniones y cuando hablamos en Bioética de tolerancia yo creo que muchas opiniones merecen respeto no solamente tolerancia. Es otra concepción, son opiniones válidas que podemos disentir pero son opiniones válidas dentro de lo que son la libertad humana, por lo tanto hay respeto y hay tolerancia, tolerar aquellas opiniones que pensamos que son un mal pero cuya represión desde el orden jurídico podría a llevar a males mayores que los que se intentan defender con el derecho.

Hay muchos casos de los que podemos hablar.

Lic. Octavio Casa Madrid Mata:

- Sí de hecho es un asunto de orden público y también incluso la técnica, la heurística tiene que hay que beneficiar el cualitativo con el cuantitativo, a veces vale más la calidad que la cantidad. Debemos tomar en cuenta, asimismo, que cuando se legisla deben permitirse algunas cosas que se sabe por parte del legislador se van a transgredir, porque es obvio que ningún cumplimiento va a ser perfecto, acuérdense que estamos en el mundo del deber ser pero cuando esa trasgresión no rebasa límites, no genera un problema peor, es válido permitir ese tipo de cosas y que el legislador haga un poco de lado esa situación y la pondere, por supuesto, a efecto de no generar autoritarismo.

Però siguiendo con este orden, cuáles podrían ser los límites generales para el derecho de objeción de conciencia porque ya sabemos que es una de las instituciones fundamentales del Derecho Sanitario que ha sido preconizada a partir de la segunda guerra mundial, quizá un poco antes. Se preconizó en Alemania, en España, en fin, en Francia, en Estados Unidos y, por supuesto, más tarde en México. Esto permite a los particulares que en determinadas circunstancias de modo, de tiempo y lugar autorizadas y permitidas por la ley, opte de una manera distinta a lo que el parámetro general recomendaría o incluso excusarse del cum-

plimiento de cuestiones específicas en principio obligatorias. Pero cuáles podrían ser los límites generales para esta objeción o el planteamiento general.

Dr. Carlos Fernández del Castillo:

- En este aspecto de la objeción de conciencia se da la relación médico-paciente y médico-autoridad o sea el paciente puede pedir quítame la vida, una eutanasia asistida, homicida entonces ahí se está dando esa relación pero la autoridad le puede decir a una persona, ve y termina ya con esa vida porque así lo he dispuesto que ya lo termines.

Eso fue lo que ocurrió aquí en México hace unos meses cuando vino esa Ley que se llamó Ley Robles en donde decía: Todos los ginecólogos o los médicos que trabajen en Hospitales del Departamento del Distrito Federal tiene que hacer abortos a solicitud de las personas. Cuando esto se dio, fue una cosa que qué barbaridad, cómo va a ser posible. Sí hay una objeción de conciencia, pero entonces vienen las amenazas de las autoridades. Se la está usted jugando porque yo le voy a rescindir el contrato pero en cuanto viene la reversión dice, usted rescíndamelo y va a ver el boleto que se va a ganar. Porque me voy a la prensa, medios de comunicación y lo voy a exhibir a usted con la injusticia que quiere cometer conmigo porque yo me niego a hacerle un aborto a esa mujer. Entonces esos límites, yo vuelvo a lo mismo, es la educación que siempre está perturbada, siempre ha estado perturbada. No he encontrado yo en la historia ejemplos elocuentes de que la educación haya sido la adecuada siempre porque la primera educación la tenemos en nuestro hogar, lo que nuestros papás nos enseñan con el ejemplo, con su conversación, lo que nos dicen pero pocos se preparan para ser papás. Nadie se prepara para esa profesión, nadie se prepara para saber cómo voy a educar a mis hijos, cómo voy a darles la transmisión de conocimientos y que penetren en su mente y en su conciencia para que su conducta tienda al bien, tienda al bien que se ha hecho, entonces la gente se improvisa como padre. A veces es una obligación que se le impone porque como ya la violó lo obligan a que se case, ni se quería casar, ni quería al niño pero ya lo obligaron y ya llegó el niño y ahora hay que educarlo. Yo no lo sé educar, pues ni tengo edad para educar, porque soy un adolescente todavía; en fin, hay un problema, yo creo que es un problema de educación ancestral, extendido, general y creo que el mal se está dando universalmente muy fuerte porque se ha destruido la familia y se ha destruido al matrimonio. Yo creo que ahí es donde está el meollo del asunto. Yo creo que ahí está, en la educación para la vida conyugal.

Dr. Francisco Javier León Correa:

- Como límites del derecho de educación de conciencia de los médicos se reconoce bastante generalmente dos límites, uno que no puede ser una objeción parcial, por ejemplo, en la actuación en el sector público mientras que en el sector privado, ese médico pueda realizar esa conducta. Tiene que ser una objeción

total en el actuar del médico, tanto en la consulta privada como en el servicio público y también tiene que haber unas razones de fondo, hay que dar unas razones.

Lic. Octavio Casa Madrid Mata:

Y en el caso del paciente lo que se ha dicho también es que no puede ser contrario al orden público y propiciar la trasgresión de valores superiores. Estos son los límites generales que se han reconocido, pero es un poco lo que dice la doctrina.

Aquí nos piden ampliar el concepto de libertad prescriptiva o terapéutica y cuál podría ser el respaldo legal de su ejercicio.

El respaldo legal se da en el 5º artículo de la constitución, es una subgarantía que deriva de la libertad del trabajo pero en este caso cuáles serían para ustedes el concepto de libertad prescriptiva, en este caso a favor del médico y la libertad terapéutica a favor del paciente y cómo se podrían establecer las reglas generales para resolver estas antinomias que quizá es uno de los puntos más álgidos.

En este caso libertad prescriptiva y libertad terapéutica esencialmente.

Dr. Carlos Fernández del Castillo:

- La historia también demuestra que las conductas terapéuticas han estado equivocadas. Muchas enfermedades se curaron de una manera y era un error total. Cuando la ciencia fue avanzando, dijeron nos hemos equivocado; entonces actualmente los médicos estamos con una exigencia intelectual tremenda porque se ha introducido y ha penetrado en el ejercicio de la medicina, la medicina basada en evidencia porque un doctor en esas prescripciones terapéuticas que es lo que nos dice el Licenciado Casa Madrid es porque hay doctores que siguen recetando cosas que ya está demostrado que no sirven, entonces se nos decía en la mañana. La responsabilidad del médico es la falta de su educación continua, entonces ya es un delito, es una falta moral, no delito legal sino falta legal que un doctor no estudie, que no vaya a congresos, que no vaya a cursos, que no lea, que no reciba revistas, que no se meta al Internet para adquirir sabiduría; pues ese doctor, sus prescripciones no llevan ganancia de utilidad, entonces es muy difícil esa relación médico-paciente muy personal.

El doctor tiene que hacer ese examen de conciencia, decir, como estoy yo en mi preparación actual, estoy al día en mis conocimientos, me preocupo por formarme como un buen médico, acudo a lo que acabo de mencionar y el doctor tiene que tener el valor secreto consigo mismo, decir, estás mal, estás atrasado en tus conocimientos y tienes que ir a tomar un curso de actualización porque si no de otra manera los errores van a estar dándose constantemente.

Dr. Osvaldo Romo Pizarro:

- Desde luego frecuentemente nos enfrentamos los médicos ante esa corriente filosófica o doctrinal de los testigos de Jehová que no aceptan una serie de cosas fundamentalmente, la transfusión de sangre y los derivados de sangre. Creo que la actitud prudente del médico y de acuerdo con lo que decía Dr. Carlos, la autonomía es del médico y del paciente. El médico debe rechazar a ese paciente e indicarle que vaya con un correligionario y que le ayude.

Por otro lado también está el aspecto de libertad de prescripción y libertad terapéutica. Pienso que el médico puede tener libertad terapéutica de decidir qué es bueno para su paciente pero la libertad de prescripción debe recaer en ciertos fármacos, fundamentalmente al aspecto jurídico.

El control de opiáceos, narcóticos, etc. Y por ahí estaría la situación.

Sobre la libertad terapéutica del médico y la libertad de decisión del paciente incluso me inclino total y absolutamente por la libertad o autonomía del paciente; sin embargo, existen problemas tal como se ha manifestado acá.

En cuanto a la objeción de conciencia, ésta ha sido tema discutido y discutible en numerosos foros en los últimos años también como lo agregaba León Correa hay que distinguir si el médico tiene esa objeción de conciencia para atender a ese enfermo. Esencialmente esto se dio en el asunto del aborto, el médico que tenía una confesión religiosa no podía realizar un aborto y en consecuencia se negaba a hacerlo y ahí venía la autoridad administrativa de ese centro hospitalario que le decía yo lo obligo o si no se va.

Acá no estamos exclusivamente ante un neceser; veamos qué es lo que va a hacer y veamos qué es lo que se va a disponer. Estamos ante problemas que son de mayor raigambre. No se puede ir en contra de la fe de una persona en materia de la trascendencia hacia un ser divino, por ejemplo y eso es un poco lo que pasa con los testigos de Jehová. Yo les pregunto a ustedes si estuvieran en esa situación, qué es mejor perder la vida física o perder la vida espiritual eterna. Indudablemente que el testigo de Jehová considera que es mejor perder la vida física.

Ahora, qué pasa con esto, cuál es el dilema del médico. El dilema del médico es cumplir con su cometido, el salvar la vida pero también tenemos que tener cuidado porque acá está también la jurisprudencia, está también la relación judicial al respecto. No es una sola sentencia la que ha permitido que efectivamente se considere la opinión del testigo de Jehová y no se le transfunda como cuestión indispensable para salvar su vida. En nuestra, en nuestro país nosotros tenemos ya dos sentencias a ese respecto que han dictaminado una en la Ciudad de Antofagasta, en el norte, en la provincia, no en la capital tampoco, que se dictaminó por la Corte de apelaciones de esa circunscripción judicial que la autonomía del paciente era valedera con un agravante, que se trataba de un menor incapaz, por lo tanto manifestar una opinión válida y quienes decidieron fueron los padres y les voy a agregar para terminar el caso, que murió el niño.

En consecuencia verlo exclusivamente en un solo aspecto puede llevarnos a una problemática insoluble, no la vamos a poder solucionar. Hay que estudiar esto desde numerosos puntos de vista, indudablemente sociológicos, indudablemente médicos, indudablemente jurídicos. En consecuencia, cuando hablamos de rechazo terapéutico tenemos que ver estos casos de especialidad, qué pasa con el rechazo terapéutico y los llevo a algo que es de la práctica médica. Cuando llega el moribundo al hospital clínico público y nadie lo quiere intervenir porque sabe que se le va a morir y porque sabe que se va a echar encima un problema de este tipo. Indudablemente que también pasó en el caso del SIDA cuando muchos proctólogos se negaban a hacer cirugía en un sidoso.

Se fijan ustedes, no hay solamente un caso en esta materia, hay varios casos del orden terapéutico que nos inducen hoy en día a pensar en normativa; ojalá generalicen normas que puedan aplicarse a cada uno de ellos. Gracias

Dr. Francisco Javier León Correa:

- Añado que cabe un rechazo válido de un paciente a un tratamiento. Lo que se entiende es que tiene que haber razones sólidas para rechazar un tratamiento ordinario o proporcionado pero, por supuesto, que cabe un rechazo en tratamiento desproporcionado, tratamiento terapéutico o a morir en el hospital rodeado de tubos cuando uno quiere morir en su casa con su familia. Eso es un derecho del paciente.

Ahora cabe un rechazo válido en tratamiento que es desproporcionado económicamente. Dejar en la ruina a la familia por llevar un tratamiento que a la mejor va a alargar un poco la vida. Puede que moralmente quepa un rechazo a ese tratamiento.

Ahora en el caso de los testigos de Jehová es un rechazo a un tratamiento pero no exactamente, no es lo mismo. Yo distinguiría entre el testigo de Jehová que dice yo rechazo la operación y me voy a mi casa, a decir yo quiero que usted me opere pero del modo que yo quiero. Imponerle a usted que me realice la operación sin sangre. Yo creo que eso es lo que no cabe, eso es lo del Testigo de Jehová. Porque está la libertad del médico de actuar conforme a la Lex Artis y conforme a lo que él piensa, o sea, creo que habrá que intentar un acuerdo entre Testigos de Jehová y médicos y la mayor parte de las veces se soluciona con un acuerdo privado podemos decir. Pero en todo caso cabe un rechazo del tratamiento por parte del testigo del Jehová pero no imponer al médico un determinado tratamiento.

Lic. Octavio Casa Madrid Mata:

- Esa es la solución general. Ahora también la segunda parte, insistimos, es tomar en cuenta la jerarquía de los valores, lo que platicábamos anoche, recordarán ustedes, entre la distinción entre quien supone que puede haber un valor esencial que es la vida metafísica, una vida no humana de post-mortem o en

otras condiciones, que le alcanzaría esta posibilidad, pero debemos tomar en cuenta que el orden jurídico establece una jerarquía de valores; entonces habiéndose establecido que el bien jurídico esencial es el respeto a la vida específicamente humana, esa posibilidad no se sustenta en el orden público y por lo tanto no es válida y de ahí que sea considerada una actitud no lícita esa posibilidad.

¿Cuáles son las diferencias entre la lógica de lo razonable y el sentido común?

Por supuesto en principio no habría una diferencia. Decía Bernard Shaw que el sentido común es el menos común de los sentidos. Así lo que deberíamos de ponderar son los valores, los valores demostrados, el estado de la ciencia y la posibilidad fáctica y en esos términos la correlación entre esos 3 rubros es la que nos da una solución correcta.

Tenemos muchísimas preguntas. Sobre esto ¿Podríamos establecer que exista una posibilidad de que se establezca un derecho al suicidio?

Porque bueno hay quien ha dicho que esta situación es correcta. Obviamente tenemos nuestro punto de vista.

Dr. Carlos Fernández del Castillo:

- No sé que dirán los juristas porque a veces los juristas acaban diciendo cosas bastante extrañas. Que si la legislación, vean a la legislación holandesa. La legislación holandesa despenaliza la eutanasia en algunos casos. No dice que exista un derecho a la eutanasia. La legislación belga sí que establece un derecho a disponer de la propia vida. Creo que son los únicos que han reconocido esto como un derecho.

Es muy difícil la doctrina jurídica de poder demostrar que existe un derecho a disponer de la propia vida como un derecho a disponer de la propia salud. Yo le digo a los estudiantes universitarios con un ejemplo cercano a ellos, que ellos pueden drogarse y arruinar así su salud pero no tienen ningún derecho a drogarse ni pueden reclamar del estado que les proporcionen droga para drogarse porque es un derecho humano el drogarse. Creo que lo mismo es aplicable.

Lic. Octavio Casa Madrid Mata:

- Quizá lo que pasa es que en general, a reserva de que Dr. Carlos nos lo confirme. No existe precisamente el derecho, existe más bien una despenalización esencialmente, ese es el sentido de la legislación.

Dr. Carlos Fernández del Castillo:

- Las compañías de seguros establecen en sus cláusulas que el suicidio, no pagan la prima por suicidio ¿Por qué? Pues porque está mal hecho, porque te vas a suicidar, para que te paguen mi seguro de vida, dónde está la justicia, donde está la autonomía, dónde está la beneficencia, a quién van a beneficiar, le van a hacer un daño tremendo a esa compañía de seguros. En todos los actos hay que

reflexionar. Ese es el tesoro más grande de la libertad que tenemos, es poder decidir después de reflexionar. Entonces no hay que hacerle daño a nadie, a nadie y el suicido le va a hacer daño a mucha gente. Todos conocemos casos. Yo tengo casos de amistades en que se han suicidado, ellos ya no sufren pero a su esposa, a sus hijos, a sus parientes, les han hecho un daño tremendo. Les han hecho un daño tremendo o sea que por eso siempre hay que pensar, lo que yo voy a hacer le va a hacer daño a alguien. No lo debo hacer.

Lic. Octavio Casa Madrid Mata:

- Bien, otra pregunta que es importante ¿Cuáles son las estrategias que se recomiendan para evitar que la autonomía del paciente sea privilegiada sobre la libertad del médico, sobre la libertad prescriptiva?

Dr. Carlos Fernández del Castillo:

- Como ya se mencionó aquí. Uno tiene que tener conductas en el ejercicio de la medicina y esa conducta debe inculcarse en todos. Hay que hacer tratamientos ordinarios y proporcionados. Lo ordinario, qué es lo que se da para esta enfermedad, qué es lo que se da para esta complicación, lo que siempre se da y proporcionado. Decía ahora el Doctor, a la mejor si se mete a una terapia intensiva, pudiéramos salvarlo, pues sí, pero dónde. En primer lugar, ya recorrimos todos los hospitales de la Ciudad de México y los hospitales asistenciales de la Secretaría de Salud o instituciones, no tienen ni una sola cama en terapia intensiva. Vamos a meterlo a un hospital privado, \$30,000.00 diarios. Si no los gana al año, es desproporcionado ofrecer ese procedimiento a esa persona. No se puede, entonces de ahí la relación médico-paciente. Uno tiene que saber a quién estoy atendiendo, quién es. Me gustó mucho una de las cosas de la mañana, de cuando se despersonaliza la relación médico-paciente porque el paciente llega a un taller, pasa a la sala tal para cardiovascular, al otro para neurología, a la otra para nefrología, a la otra para gastro, a la otra para el otro ¿Verdad? Donde está la relación personal, no la hay. Entonces si no hay relación personal, no se conoce el enfermo. No se conoce, el médico tiene que ser amigo del enfermo. Llegar a una relación de amistad y confianza para hacerle el bien.

Dr. Osvaldo Romo Pizarro:

- Yo no estoy muy de acuerdo en plantear un conflicto entre la autonomía del paciente, libertad del médico. Primero porque creo que en esa relación el paciente es el más débil entonces el derecho siempre que tiene que proteger al más débil dentro de la relación, por lo tanto en cuestiones de relación médico-paciente, creo que lo que hay que asegurar jurídicamente es el respeto a la libertad del médico y autoridad del médico, si pero creo que lo que hace falta asegurar jurídicamente es el respecto a la autonomía del paciente. Entonces no podemos

pasar demasiado rápido por esto y hay que establecer muy bien cuáles son los derechos de los pacientes y creo que en nuestros países tenemos menos tradición de esto.

Creo necesario plantearlo si de este modo: que el médico es el mejor garante del derecho de autonomía del paciente; puede que haya algunos pocos excepcionales en que haya un conflicto de conciencia entre lo que pretende el paciente y lo que pretende el médico. Generalmente no es así, generalmente el paciente va a acceder, son muy pocos los casos de los pacientes que rechazan el tratamiento médico o lo que dice el médico.

Lo que sí puede haber es que no hay un suficiente apoyo por parte del médico a que el paciente participe en la toma de decisiones. Creo que eso es muy importante, al médico le interesa que el paciente sea un paciente participativo, que participe con autonomía y que quiera seguir la terapia que le dice o que escoja dentro de las posibles terapias. Yo creo que hasta por efecto terapéutico al médico le interesa mucho ser el mejor garante de que el paciente intervenga autónomamente también en la toma de decisiones.

Lic. Octavio Casa Madrid Mata:

- Para cerrar, hay una última pregunta y voy a leer dos comentarios y con esto terminamos.

Dice: la extracción prematura del producto anencefálico se incluye en el concepto de derecho a privarle la vida a seres sin valor.

Dr. Osvaldo Romo Pizarro:

- Poner fin al producto así sea monstruoso como en este caso sin cerebro se dice, anencefálico, sencillamente es un aborto más y en consecuencia entramos a las normas generales que se han manifestado acá. En otras palabras, el médico, en su objeción de conciencia sencillamente dirá: yo no hago este aborto.

Y un poco para graficar el caso, les voy a dar un ejemplo en el que participé como asesor jurídico de un matrimonio en relación a cuando existía el aborto terapéutico en mi país, artículo 119 del código sanitario que fue abolido con posterioridad. Tengo entendido que es el único país que no acepta el aborto en ninguna forma o condición en América, Hispanoamérica. Antiguamente estaba Colombia pero Colombia se inclinó por un aborto condicionado en determinadas circunstancias.

En esa oportunidad cinco especialistas en medicina incluso había un teólogo porque el matrimonio era católico, tratamos de decidir un poco en la opinión de la persona que estaba embarazada y en comunión con su marido, un matrimonio feliz hasta ese momento y con obviamente un asesor médico tratante de ello. Les voy a decir con absoluta franqueza que no llegamos a una conclusión porque afortunadamente diré cuando íbamos a manifestar la resolución, cada uno en su opinión valedera de acuerdo a su especialidad en esa época sencillamente la



mamá dijo que así como podía ser monstruoso su hijo era finalmente su hijo y, en consecuencia, iba a esperar el término de su embarazo y lo iba a tener. Bien o mal, ustedes lo dirán pero indudablemente eso nos enseña un poco que muchas veces la asesoría va más allá de lo que debería asesorar. Yo creo que en cuanto la autonomía del paciente, ella es si no la suprema ley, al menos debe considerarse salvo cuando esa ley no pueda manifestarse en la conciencia y en las capacidades del paciente.

Eso es lo que puedo decir, nada más.

Lic. Octavio Casa Madrid Mata:

- Aquí preguntan que si existe algún libro de Bioética del Doctor León Correa. De hecho uno de ellos es el manual de ética y legislación en enfermería que él coordinó. Existen varios.

Es pertinente reiterar un axioma *no hay enfermedades, hay enfermos* y para cerrar, se concede por última vez la palabra a quien así decida. Medio minuto para su conclusión final.

Dr. José Kuthy Porter:

- Ante todo agradecer a este foro. Nos ha dado la oportunidad de tener un intercambio entre los aspectos jurídicos y los aspectos éticos porque debemos ser conscientes en el hecho que al menos en la actualidad, no todo lo ético es legal ni todo lo legal es ético. Será difícil llegar algún día a un consenso total pero creo que vale la pena hacer la lucha, al menos ante ciertos dilemas bioéticos, encontrar consensos y eso solamente a través del diálogo como ahora se ha establecido.

Dr. Francisco Javier León Correa:

- Simplemente agradecer la posibilidad de participar en este diálogo y en estas jornadas. Me parece que es muy importante acercarse en Bioética a la mentalidad y a los problemas diarios concretos del ámbito clínico y de los profesionales clínicos, pero también es muy importante acercarse a la mentalidad y al razonamiento de los profesionales del Derecho. Eso para mí ha sido una oportunidad de enriquecimiento mutuo muy interesante. Gracias.

Dr. Carlos Fernández del Castillo:

- Para mí han sido una magnificas conferencias. Me voy a referir a las conferencias que escuché antes, he aprendido mucho en esta misma discusión y en las preguntas planteadas. He aprendido, me doy cuenta que ignoro muchísimas cosas me comprometo todavía conmigo mismo, muchísimo más, a tratar de contribuir a que tengamos un México mejor. Mejores estudiantes de medicina y mejores médicos. Muchas gracias.

Dr. Osvaldo Romo Pizarro:

- Agradecer nuevamente la gentileza de esta invitación que me ha dado la oportunidad de participaron médicos tan ilustres como los que tengo acá en esta mesa y otros participantes además que, sin lugar a dudas, siempre lo enriquecen en su conocimiento. Gracias al comisionado Doctor Tena Tamayo por esta invitación y deseándoles el mejor futuro que pueda tener en la persona de su Presidente a la Asociación, a la nueva Asociación Mexicana de Derecho Sanitario, muchas gracias.

Lic. Octavio Casa Madrid Mata:

- Y ya para cerrar: la idea es ir estableciendo estas reglas de consenso para que, al menos, los principios generales aparezcan en la legislación y yo me despidiendo simplemente, con una frase de Gregorio Magallón: *Nuestro mundo no es mejor ni peor, solamente es un proceso en constantes oscilaciones*. Muchas gracias.



**Palabras de Clausura**

Dr. Carlos Tena Tamayo  
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico



Llegamos al final. Yo quisiera abusar de su paciencia para hacer una breve reflexión dado que hemos hablado de estos aspectos humanos de la medicina, los aspectos bioéticos. Yo creo que en la medida que todos nos identificamos de otros seres en este planeta es por nuestra inteligencia y nuestra voluntad que van en búsqueda del bien y de la verdad y esto es precisamente lo que nos hace seres libres. Seres libres para tener esta libertad que busca alcanzar nuestras metas que finalmente tienen que ver con nuestra propia felicidad. Pero en esta búsqueda de alcanzar nuestras metas necesitamos de la solidaridad. Necesitamos a los demás para poder alcanzar estas metas. Es precisamente en la relación médico-paciente donde el paciente necesita del médico para alcanzar su felicidad pero también como aquí ya se ha dicho, el médico necesita del paciente para también sentirse realizado. En un momento, esta solidaridad humana se puede romper porque hay falta de confianza entre médico y paciente. Ahí es donde entran las Comisiones de Arbitraje Médico. A fortalecer y a recuperar esta solidaridad que se ha perdido. Ahí es donde la CONAMED puede permitir que dos seres humanos que iban de la mano buscando sus metas y buscando su felicidad se pueda reestablecer. Es por eso que hoy quiero dejar el mensaje que en las Comisiones de Arbitraje Médico tenemos un gran sentido humanitario. Estamos a favor de que los lazos que nos unen a los médicos y a los pacientes se sigan manteniendo para poder contribuir todos juntos a lograr nuestra felicidad.

Durante estos 2 días hemos reflexionado sobre las formas de evitar la medicina defensiva, sobre la necesidad de mejorar la comunicación médico-paciente y la obligación que tenemos de capacitarnos en todo ello. Hemos visto el futuro que nos alcanzó y ahora lo tenemos frente a nosotros por ejemplo con el expediente clínico electrónico y las nuevas disposiciones para manejar la información que debemos otorgar a los pacientes para obtener su consentimiento válidamente informado y la información que puede ser pública y aquella que debe permanecer en la confidencia o en el resguardo de las instituciones de salud o de los propios médicos.

Hoy tuvimos un excelente panel donde reflexionamos sobre los dilemas bioéticos y seguramente hoy todos entienden mucho mejor lo que significa el derecho sanitario. Creo que todo esto nos permitirá tener mayores elementos para que en su momento podamos también nosotros contribuir a informar a todos los demás y particularmente informar a quienes están tomando decisiones en nuestro país.

Finalmente quiero agradecer al Centro Nacional de Rehabilitación por su hospitalidad, por habernos albergado en este excelente auditorio y por todas las facilidades que nos ofrecieron para su comodidad. Quiero agradecer muy particularmente a nuestros profesores extranjeros, no extranjeros, de otros países, amigos nuestros que están ahora aquí con nosotros. Oswaldo Romo, Francisco, Larry muchas gracias por haber venido de tan lejos a compartir con nosotros. A nuestros profesores nacionales invitados, les agradezco muchísimo el haber confiado en que este simposio valía la pena para estar aquí.

Quiero agradecer naturalmente a mis compañeros de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la organización de este simposio, a nuestras compañeras que tuvieron la disposición de apoyarnos para que ustedes tuvieran sus atenciones y sobre todo agradezco muchísimo la presencia de todos ustedes. Sin ella no hubiera tenido sentido este simposio y por su presencia nos sentimos muy satisfechos de haberlo organizado. Que tengan muy buenas tardes y yo declaro así entonces formalmente clausurados los trabajos de este 8º Simposio sobre Comunicación Humana y Derecho Sanitario. Espero que sea para beneficio de ustedes y sobre todo de los enfermos, de los pacientes que cotidianamente atienden. Muchas gracias y buen provecho.

La Memoria del 8° Simposio Internacional CONAMED  
La Comunicación Humana y el Derecho Sanitario  
se terminó de imprimir y encuadernar en el mes de abril de 2004  
en

Se imprimieron      ejemplares.

La edición electrónica estuvo a cargo de la  
Dirección de Comunicación Social de la Conamed.  
El cuerpo de texto se realizó con la familia tipográfica  
Delta 10/12 puntos. En la producción de esta obra  
se utilizó papel bond de 75 grs. para los interiores  
y cartulina concept glacier mist de 216 grs. para los forros.